

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Jana Gluzová

Vzorce užívání buprenorfinu u klientů Terénního programu SANANIM

Patterns of buprenorphine use among clients of Outreach Programme
SANANIM

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Barbara Janíková

Praha, 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému mezi-univerzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17. 7. 2014

.....

Jana Gluzová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Barbaře Janíkové za odborné vedení, trpělivost při zodpovídání mých dotazů a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Velké díky patří rovněž pracovníkům Terénních programů Sananim, za jejich pomoc s oslovováním klientů, a v neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se výzkumu zúčastnili.

Identifikační záznam

GLUZOVÁ, Jana. *Vzorce užívání buprenorfinu u klientů Terénního programu SANANIM*. [*Patterns of buprenorphine use among clients of Outreach Programme SANANIM*]. Praha, 2014. 45 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Barbara Janíková.

Abstrakt

VÝCHODISKA: Buprenorfin je v současné době nejpopulárnější drogou opiátového typu na české drogové scéně. Dle výroční zprávy Národního monitorovacího střediska bylo v roce 2012 odhadnuto přibližně 6 300 uživatelů buprenorfinu (hlavně Subutex®), což stanoví 15% všech problémových uživatelů drog u nás. Problematika zneužívání buprenorfinu je však mezi odbornou veřejností diskutována jen vzácně.

CÍLE: Cílem práce bylo popsat vzorce užívání buprenorfinu u klientů TP Sananim. Důraz byl kladen především na četnost užívání, denní spotřebu buprenorfinu a popis zaběhnutých vzorců chování uživatelů, od zakoupení až po metody aplikace tohoto léku. Dále se zkoumalo subjektivní vnímání somatických komplikací uživatelů a četnost užívání dalších nelegálních látek.

METODY: Ke sběru dat byl použit semistrukturovaný dotazník, který za asistence výzkumníka vyplňovali klienti TP Sananim. Následně se používala deskriptivní statistika a pro upřesnění byly výsledky doplněny výpověďmi klientů. Otevřené otázky byly vyhodnocovány dle postupů metody zakotvené teorie – kódování, kategorizace.

VÝSLEDKY: Byly popsány vzorce užívání buprenorfinu u klientů TP Sananim. Tabletů rozdělili na menší části, rozdrtili ve víčku (60 % respondentů), rozpustili ve stříkačce (40 % respondentů) nebo nějaké jiné nádobce (40 % respondentů) a aplikovali do předloktí (68 % respondentů). Třetina dotazovaných používala filtry nebo alkoholové tampóny. Všichni respondenti užívali buprenorfinové přípravky injekčně. Průměrná denní dávka byla 3 mg buprenorfinu a uživatel si ji aplikoval přibližně 3 krát za den. Tabletů si nejčastěji zakoupili na černém trhu (39 %), nebo zakoupili legálně na předpis svého lékaře (29 %). Nejčastější zdravotní komplikace respondentů bylo neprůchodnost cév (70 %), otoky (36 %) a brnění rukou (25 %). Polyvalentně užívalo drogy 82 % respondentů a nejvíce se užíval pervitin (89 %).

ZÁVĚR: Buprenorfin se zneužívá ve velmi malém množství, ale poměrně rizikovým způsobem. Většina dotazovaných klientů užívá polyvalentně a řada z nich zaznamenala zdravotní komplikace. Výsledky byly dále diskutovány a porovnávány se zahraničními studiemi. Byly rovněž navrženy možnosti pro implikaci výsledků pro praxi.

Klíčová slova

buprenorfin, vzorce užívání drog, terénní program, injekční užívání drog

Abstact

BACKGROUND: Buprenorphine is currently the most popular opiate drug on Czech drug scene. There was estimated at around 6,300 users of buprenorphine (Subutex ® mainly), in 2012 according to the annual report of the National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. It provided 15% of all problem drug users in the country. However the issue of abuse of buprenorphine is discussed among experts rarely.

AIMS: The aim of the study was described patterns of use of buprenorphine among clients Outreach programme Sananim. Emphasis is placed mainly on frequency of use, the daily consumption of buprenorphine and a description of common patterns of user behavior, from the purchase to the method of application of the drug. It was also examined subjective perceptions of somatic complications of users and frequency of use of other illicit drugs.

METHODS: Data were collected by semi-structured questionnaire, which clients of Outreach programme Sananim filled with assistance of the researcher. For data analysis method was used grounded theory. Descriptive statistics was used subsequently and results were supplemented by testimonies of clients for illustrate. Open questions were evaluated according to the procedures of grounded theory - coding, categorization.

RESULTS: All respondents were taking buprenorphine injection drug. Tablet was divided into smaller pieces, crushed in the cap (60% respondents), dissolved in the syringe (40% respondents) or some other container (40% respondents) and used to the forearm (68%). A third of respondents use filters or alcohol wipes. The average daily dose was 3 mg buprenorphine and user applied it about 3 times a day. The tablet was most often purchased on the black market (39%) or bought legally on doctor's prescription (29%). The most common medical complication was obstruction of the blood vessels of the respondents (70%), edema (36%) and tingling (25%). 82 % of responders was polydrug users and most of them used methamphetamine (89%).

CONCLUSIONS: Buprenorphine is abused in very small amounts, mostly risky manner. Most of the interviewed clients were polydrug users, and many of them had health complications. The results were further discussed and compared with studies abroad. There was also suggested the possibilities for the implication of the results in practice.

Keywords

Buprenorphine, drug use patterns, outreach programme, injecting drug use

OBSAH

I.	ÚVOD.....	3
II.	TEORETICKÁ ČÁST	4
1.	OPIOIDY A BUPRENORFIN.....	4
1.1.	Účinky opioidů.....	4
1.2.	Příznaky užívání.....	4
1.3.	Odvykací syndrom z odnětí.....	5
1.4.	Charakteristika buprenorfinu	5
1.5.	Mechanismus účinku buprenorfinu.....	6
1.6.	Příznaky z odnětí.....	6
1.7.	Nežádoucí účinky.....	6
2.	HISTORIE BUPRENORFINU A JEHO ZNEUŽÍVÁNÍ	8
2.1.	Objevení léku a jeho registrace.....	8
2.2.	Narůstající oblíbenost léku v ČR	8
2.3.	Subutexová krize.....	9
2.4.	„Doba subutexová“ – pozitiva a negativa	9
2.5.	Epidemiologie	11
2.5.1.	Aktuální situace v ČR.....	11
2.5.2.	Aktuální situace v Evropě.....	11
3.	SUBSTITUČNÍ LÉČBA BUPRENORFINEM.....	12
3.1.	Definice substituční léčby	12
3.3.	Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.....	13
4.	PŘÍPRAVKY Z OBSAHEM BUPRENORFINU	14
4.1.	Subutex®	14
4.2.	Suboxone®	14
4.3.	Ravata®	15
4.4.	Buprenorphine Alkaloid®	15
4.5.	Buprenorphine Actavis® (transdermální náplast)	15
4.6.	Addnok®	15
5.	TERÉNNÍ PROGRAMY SANANIM.....	16

III. PRAKTICKÁ ČÁST	17
6. DESIGN VÝZKUMU	17
6.1. Cíle výzkumu	17
6.2. Výzkumné otázky	17
6.3. Metody získávání dat	17
6.5. Výzkumný soubor	18
6.6. Metody zpracování dat	18
6.6.1. Fixace dat	18
6.6.2. Transkripce a redukce dat	19
6.6.3. Kódování	19
6.7. Způsob analýzy dat	19
7. VÝSLEDKY	20
7.1. Demografické údaje	20
7.2. Drogová kariéra	21
7.3. Užívání buprenorfinu	23
7.4. Četnost a dávkování drogy	24
7.5. Způsoby administrace drogy	26
7.6. Nákup drogy a její přechovávání	28
7.7. Zdravotní a sociální rizika	31
7.8. Vzorce užívání dalších nelegálních látek	32
7.9. Shrnutí	33
8. DISKUZE	35
9. ZÁVĚR	38
10. POUŽITÁ LITERATURA	39
11. PŘÍLOHY	42
11.1. Příloha 1: Semistrukturovaný dotazník	42

I. ÚVOD

Fenomén zneužívání buprenorfinu se v České republice objevil nedlouho po uvedení substitučních přípravků obsahujících buprenorfin na trh. Problematika zneužívání, a především škodlivost injekční aplikace, byla však dlouhou dobu opomíjena. Oblíbenost substitučních preparátů značně vzrostla od roku 2000, kdy byl na trh uveden Subutex®. V současné době je Národním monitorovacím střediskem (Minařík et al., 2013) odhadováno 6 300 problémových uživatelů a proto lze říci, že se buprenorfin stal nejpobulárnější drogou opiátového typu na české drogové scéně. S touto oblíbeností roste i počet zdravotních komplikací, hlavně z důvodu nitrožilní aplikace tablet buprenorfinu určených k sublingválnímu podávání. Na tento problém upozorňovali autoři Nešpor (2006) a Popov (2009). Dále se tématem zabýval Minařík (2011), který popisoval „Cesty Subutexu k injekční aplikaci“, a tím se nejvíce přiblížil dané problematice. Na další problémy spojené se zneužíváním buprenorfinu průběžně upozorňovali pracovníci terénních programů a kontaktních center. Tito pracovníci mohli nejlépe reagovat na specifické požadavky uživatelů a zajistit tak případnou edukaci v oblasti bezpečné přípravy a aplikace buprenorfinu. Herzog (2010 a 2014) dále popisoval situaci na otevřené drogové scéně a černém trhu s buprenorfinem, a také spolupráci s lékaři v substitučních programech.

Problematika zneužívání buprenorfinu je v české odborné literatuře popisována jen skromně, proto si práce mimo jiné klade za cíl rozšířit povědomí o tomto fenoménu a podnítit tak případnou diskuzi. Snahou autorky bylo zejména zmapovat současnou situaci na drogové scéně, během rozhovorů s klienty získat jistý vhlad do fungování obchodu s nelegálními látkami a popsat schéma od nákupu drogy až po její aplikaci. Výsledky se následně porovnávaly s vědeckými poznatky zahraničních i českých autorů.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. OPIOIDY A BUPRENORFIN

V České republice je dle prevalenčních odhadů problémového užívání drog, provedených v roce 2012, celkem 10.600 uživatelů opioidů. Významnou změnu lze pozorovat u počtu uživatelů heroinu a buprenorfinu, kde došlo ke snížení u heroinu a zvýšení u buprenorfinu (Grolmusová, 2013).

Opioidy jsou látky s výrazným tlumivým efektem. Skupina nese název podle sušené šťávy makovic – opia. Mezi nejběžnější zástupce patří morfium a kodein, z polosyntetických a syntetických látek jsou významné heroin, metadon a buprenorfin. Mechanismus účinku je dán vazbou na specifické receptory pro endogenní opioidy, zvláště pak na receptory μ , kde způsobují analgezii, euforii, sedaci a útlum dechu.

Dle afinity a efektivity vazby se tyto látky dělí do následujících skupin:

- agonisté – plně aktivují receptor, na který se váží
- parciální agonisté – receptor, na který se váží, aktivují jen částečně
- antagonisté – váží se na receptor, ale blokují jej tj. zabrání účinku jiného opioidu (Minařík, 2008)

1.1. Účinky opioidů

Opioidy mají silné analgetické účinky, vyvolávají zklidnění a příjemnou euforii doprovázenou pocitem tepla. Charakteristický je útlum dechového centra, ve vyšších dávkách může dojít až k nedostatečné ventilaci plic. Dráždí také chemorecepční zónu pro zvracení, a proto může dojít k typickému zvracení u prvo uživatelů. Viditelnými znaky je mióna a svědění. Intoxikovanému se zpomaluje srdeční frekvence, cévy se dilatují (Minařík, 2008).

Opioidy, a zejména heroin mají vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu. Závislost se rozvíjí již po několika týdnech nebo několika měsících aktivního užívání. Charakteristický je vzestup tolerance a tím i potřeba vyšších dávek, které jsou mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvo uživatele (Minařík, 2003).

1.2. Příznaky užívání

Závislí na heroinu hubnou v souvislosti s nezdravou životosprávou, nechutenstvím a zácpou. Mezi další typické příznaky pravidelného užívání patří afektivní labilita, útlum a ztráta aktivity. U těchto osob dochází často ke ztrátě zájmů a vůle. Dále se objevuje podrážděnost, únava a nespavost. Chronické užívání opiátů má rovněž vliv na osobnost člo-

věka. Následkem je etická degradace, nerespektování pravidel a řádů nebo společenských norem, často se charakterizují manipulativním chováním, které je přímo podřízené droze (Randák, 2005).

1.3. Odvykací syndrom z odnětí

Odvykací příznaky po vysazení heroinu vrcholí cca po 48 hodinách a pokračují ještě 2 – 3 dny s následným ústupem symptomů. Příznaky odvykacího stavu jsou zrcadlové k efektu látky. Zahrnují pocení, zívání, slzení, nechutenství nebo počínající křeče hladkého svalstva lokalizované do oblasti gastrointestinálního traktu. Odvykací stav lze přirovnat k těžké chřipce, není sám o sobě ohrožující na životě. V těžších případech nastupuje úzkost, neklid, zimnice, tremor, průjem, zvracení, bolesti břicha, zvýšená tělesná teplota a tachykardie. Nejdéle ze všech potíží přetrvává nespavost (Randák, 2005).

Randák (2005) dodává, že závislost na opioidech je indikací pro substituční léčbu buprenorfinem. Substituční léčbu lze zvolit tam, kde pacient není motivovaný k odvykací léčbě a její správná indikace vede ke stabilizaci klienta. U nás lékaři nejčastěji volí metadon nebo buprenorfin, lze však užít i jiné skupiny látek (Minařík, 2008).

Substituční léčba metadonem byla spuštěna v roce 1997. Preparát se podává ve formě roztoku určený k vypití. Tento postup zaručuje snadnou kontrolu nad způsobem užívání a užívanou dávkou. Metadon je plný agonista opiátových receptorů, tudíž je, v porovnání s buprenorfinem, schopen nahradit i vysoké dávky heroinu (Bečka, 2013).

1.4. Charakteristika buprenorfinu

Buprenorfin (buprenorfin hydrochlorid) je syntetický opioid, chemicky odvozen od nalorfinu. Tento parciální agonista s vysokou afinitou k opioidním mí receptorům vytváří účinky podobné opiátům. V porovnání s heroinem je však účinek buprenorfinu mnohem slabší. Nástup účinků je pomalý, a nevytváří silnou euforii. Efekt léku nastupuje během 1 – 2 hodin po sublingválním podání. Další důležitou vlastností látky je její dlouhý poločas eliminace 20 – 25 hodin, který umožňuje bezpečné dávkování po 48 hodinách. Buprenorfin je rovněž bezpečný při předávkování – u zdravého jedince, pokud není kombinován s jinými tlumivými látkami (jako alkohol a/nebo benzodiazepiny), nehrozí při předávkování smrt (Minařík, 2008).

Protože má buprenorfin charakter částečného agonisty, pravděpodobně způsobuje respirační deprese méně než úplní agonisté jako heroin a metadon (Verster, Bunning, 2007).

Autoři Verster a Bunning (2007) shrnují charakteristiku buprenorfinu takto:

- účinky i vedlejší účinky má podobné opiátům
- předchází nástupu abstinčních příznaků
- snižuje touhu po droze (bažení)
- snižuje efekt působení jiných opiátů
- je bezpečnější (např. při předávkování) než úplní opiátoví agonisté
- má dlouhodobější účinek
- má mírnější abstinční symptomy
- lék ve formě sublingválních tablet, protože perorální podání není účinné

1.5. Mechanismus účinku buprenorfinu

Buprenorfin se nejlépe vstřebává z dutiny ústní a následně je distribuován do celého těla. Prochází do centrálního nervového systému a váže se na opioidní receptory. Vysokou afinitu má především k receptoru μ , který se podílí na vzniku euforie, útlumu a analgezie. Vyšší afinitu má rovněž k receptoru κ , který kromě výše zmíněného útlumu a analgezie, vyvolává také rozladu. Malou, až téměř žádnou afinitu má buprenorfin k receptorům δ a σ . Tato látka patří mezi částečné opioidní antagonisty, což znamená, že se na receptory váže velmi pevně, ale aktivuje je jen částečně. Díky tomu je poměrně bezpečná při předávkování a antagonizuje účinek látek, které receptory aktivují plně tj. heroin a metadon. Z tohoto důvodu může u jedinců s vysokou denní dávkou vyvolat abstinční syndrom. Z vazby se uvolňuje jen velmi pomalu, tím se prodlužuje jeho účinek a činí z něj lék vhodný pro substituci závislosti na opioidech. Další významnou vlastností je téměř úplná metabolizace v játrech (tzv. first pass efekt) a následné vylučování žlučí. (Minařík, 2009).

1.6. Příznaky z odnětí

Při užívání buprenorfinu vznikají příznaky fyzické závislosti stejně jako příznaky z odnětí drogy. Randák (2005) porovnává potenciál rozvoje fyzické závislosti u buprenorfinu s jinými opioidy. Popisuje jej jako nižší, přesto ne zanedbatelný. Příznaky odvykacího syndromu z odnětí se po vysazení medikace objevují, i když rozvoj těchto příznaků je, na rozdíl od heroinu, pomalejší a nastupuje od 2. do 10. dne po vysazení léku. Odvykací potíže jsou typické pro opioidy – nevolnost, zvracení, průjem, svalové bolesti, nespavost, neklid.

1.7. Nežádoucí účinky

Nástup nežádoucích účinků je závislý na výši prahu tolerance konkrétního pacienta. Tento práh je u osob závislých na drogách vyšší než u běžné populace (Schering – Plough, 2000).

Buprenorfin jako každý lék může způsobovat některé z nežádoucích účinků (Příbalový leták Subutex® 8mg, 2011):

- Časté: Zácpa, nevolnost, zvracení, nespavost, mdloba, závrať, únava, ospalost, pokles krevního tlaku při změně polohy ze sedu či lehu do stoje, pocení
- Vzácné: Respirační nedostatečnost (závažné dýchací obtíže) – halucinace, jaterní problémy se žloutenkou nebo bez ní
- Velmi vzácné: Hypersenzitivní reakce (reakce z přecitlivělosti) jako jsou vyrážka, svědění, otok obličeje, krku a hrdla a potíže s dýcháním

2. HISTORIE BUPRENORFINU A JEHO ZNEUŽÍVÁNÍ

2.1. Objevení léku a jeho registrace

Buprenorfin byl objeven v 70. letech 20. století a v roce 1978 byl poprvé zaregistrován a uveden na trh ve Spojeném království pod obchodním názvem Temgesic®. Injekční užití buprenorfinu a jeho „zneužívání“ uživateli heroinu bylo poprvé hlášeno v 80. letech. Sublingvální tableta Subutex® byla vyvinuta v polovině 90. let 20. století a zaregistrována byla pro léčbu opiátové závislosti ve Francii v roce 1995. Registrace léku pokračovala v Británii v roce 1999 a následně v Německu, Austrálii a České republice v roce 2000 (Verster, Bunning, 2007). Držitelem rozhodnutí o registraci Subutexu® je společnost Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Limited, výrobcem léku je pak Reckitt Benckiser Healthcare ve Velké Británii (Příbalový leták Subutex® 8 mg, 2011). Preparáty s obsahem buprenorfinu se vyrábí pouze legálně, pro medicínské účely, prosakují však na nelegální trh, kde jsou vyhledávány jako náhradní droga a pro účely abstinčních pokusů. V posledních letech se stává ve velké míře drogou primární (Minařík, 2008).

2.2. Narůstající oblíbenost léku v ČR

Narůstající oblíbenost Subutexu® popisuje z našich autorů např. Minařík (2009). Uvádí, že lék se v průběhu let 2002 a 2003 stal jednou z nejpopulárnějších drog opiátového typu na našem trhu. Ve velké míře vytlačil heroin a to i přes to, že účinek Subutexu® je možné charakterizovat jako méně „zábavný“ ve srovnání s heroinem. Oblibu tohoto léku vysvětluje několika pravděpodobnými předpoklady:

- postupně se zhoršující kvalita heroinu
- výpadky v dostupnosti heroinu
- dobrá dostupnost léku (až do září 2003 byl předepisován na obvyčné recepty)

Tyto předpoklady mohly přispět k tomu, že po jeho zavedení do klinické praxe v roce 2001, došlo během následujícího roku ke snížení smrtelných předávkování opioidy o více než polovinu. Subutex® byl však také zneužíván k přípravě roztoku pro intravenózní aplikaci (Popov, 2009). První zmínky o výskytu Subutexu® na černém trhu hlásili pracovníci terénních programů v Praze v létě roku 2002. Na tuto situaci zareagovalo Ministerstvo zdravotnictví změnou legislativy. Od roku 2003 nabyl účinnosti zákon č. 223/2003 Sb., na základě kterého byl buprenorfin přeřazen do přílohy č. 5 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Toto přesunutí v praxi znamenalo předepisování léku pouze na recepty označené modrým pruhem, které podléhaly přísnější kontrole (Mravčík et al., 2004).

Tehdejší pracovník Terénních programů Sananim Tomáš Nedvěd (2004) uvádí, že objevení se Subutexu® na trhu vyvolalo mezi uživateli heroinu obrovskou vlnu naděje.

Subutex® byl pro ně především jednoduchá cesta k abstinenci bez vynaložení dalšího úsilí. Na drogové scéně se tak vytvořil mýtus, že drogovou závislost lze léčit pouze dalším užíváním drog. Pro porovnání lze uvést výsledky studie amerických autorů Bazari et al. (2011), kteří tento fenomén rovněž zaznamenali u svého výzkumného souboru. Tento výzkumný soubor tvořil 51 injekčních a 49 neinjekčních uživatelů buprenorfinu s naloxonem¹, kteří zneužívali preskripční opiáty. Jejich výsledkem bylo, že skupina respondentů užívala přípravky s buprenorfinem a naloxonem z důvodů zmírnění abstinčních příznaků (74 %), snížení spotřeby jiných opioidů (66 %) nebo proto, že léčba bylo pro ně finančně náročná (64%). V této skupině bylo více injekčních uživatelů než neinjekčních uživatelů.

Užívání buprenorfinu mělo kromě zdravotních rizik plynoucích z nitrožilní aplikace, také pozitivní dopady na drogovou scénu. Byla zaznamenána nižší poptávka po heroinu, snížení kriminality a lepší možnost kontaktu s těmito klienty. (Mravčík et al., 2004).

Snaha omezit zneužívání léku vedla k vývoji preparátu Suboxone®, ve kterém je kromě buprenorfinu obsažen rovněž opioidní antagonist a naloxon (Popov, 2009). Preparát Suboxone® byl na trh uveden v roce 2008, a měl za úkol snížit riziko injekčního zneužívání. Preparát však celkově snížil zájem o substituční léčbu, pokud byl v rámci terapie nabízen pouze Suboxone® a nikoli Subutex®. Zájem o Suboxone® snižovala vyšší cena tohoto přípravku, a proto se neobjevil ani na černém trhu (Mravčík et al., 2009).

2.3. Subutexová krize

Situace označována jako „subutexová krize“ nastala v dubnu a květnu 2012 a byla způsobena nedostatkem substitučních preparátů s obsahem buprenorfinu mezi klienty. Tato situace se nejvíce projevila na černém trhu, kde cena ¼ tablety Subutexu® stoupla ze 100 na 300 Kč. Příčinou bylo pozastavení provozu jednoho ze substitučních center. Pracovní skupina Rady Magistrátu Hlavního města Prahy reagovala na vzniklý stav vydáním 2000 ks varovných letáků s názvem Subutexová krize určených uživatelům (Mravčík et al., 2012 a 2013). V letáku se především upozorňovalo na rizikové chování v abstinčním syndromu, ohrožení života při nahrazení Subutexu® benzodiazepiny nebo jinými opiáty, rovněž se poukazovalo na možnost abstinence nebo legální substituce (leták Subutexová krize, 2012).

2.4. „Doba subutexová“ – pozitiva a negativa

Vystižné označení současné drogové scény použil Herzog (2010). Subutex® si získal oblibu pro dobrý poměr mezi cenou a délkou účinku s garancí kvality, kdy benevolent-

¹ u nás jako Subuxone®

ní praxe některých psychiatrů dokázala zásobovat velkou část drogové scény. Vzhledem k souvisejícímu ústupu heroinu došlo k výraznému poklesu předávkování včetně předávkování s následkem smrti. Na druhou stranu je zde domněnka, že injekční užívání Subutexu® a jeho špatná filtrace (a tedy intravenózní aplikace poživ z tablety, např. škrobu) vedla v poslední době k zvýšení srdečních endokarditid mezi uživateli drog.

Minařík (2011) jako důvod udává způsob manipulace s tabletou, která vede nejspíše k její kontaminaci choroboplodnými zárodky a je příčinou relativně vysoké četnosti infekčních komplikací uživatelů. Složení tablety kontaminaci usnadňuje. Do žilního systému se tak může dostat:

- monohydrát laktosy
- mannitol
- kukuřičný škrob
- povidon 40
- kyselina citronová
- citronan sodný
- magnesium-stearát (Schering – Plough, 2000).

Mnohem častější jsou však rizika srovnatelná s injekčním užíváním jakékoli jiné drogy. Mezi ně patří devastace cévního systému anebo opakované infekce, přičemž výsledkem je zhoršená průchodnost cév, otoky, opakované infekce, které vedou k poškození i vzdálených orgánů (například ledvin), abscesům na různých místech (v játrech, v mozku, oku). Při sdílení injekčního náčiní nebo parafernálií je celkem obvyklá žloutenka typu C nebo HIV (Minařík, 2009). K zajímavým výsledkům došel autor Sklenář (2014), který se zabýval fenoménem závislosti na jehle. Poukazuje, že tato preference byla uváděná především u aplikace substitučních léků, jejich dělení na malé množství a jejich vícečetné aplikace během dne právě z důvodu oblíbenosti injekční aplikace. Preferenci intravenózní aplikace zmiňoval také u heroinu i pervitinu, ovšem souviselo to spíše s očekávaným účinkem drogy.

Substituční praxe poměrně omezila trestnou činnost za účelem výdělků na drogy. Uživatelům stačilo být pacientem v substituci, nechat si předepsat recept a najít někoho, kdo má peníze na jeho výběr. Poté došlo k rozdělení tablet (Herzog, 2010). Dalším důvodem snížení trestné činnosti je výrazně menší finanční náročnost užívání. Velká část uživatelů vystačí s rozpočtem na drogy cca 100 Kč denně (2 mg buprenorfinu), tj. na drogy vydá do 3000 Kč měsíčně. Další část uživatelů vystačí s částkou do 500 Kč denně (Herzog, 2014). Finští autoři Alho, Sinclair, Vuori a Holopainen (2006) uvádějí průměrnou denní dávku injekčních uživatelů buprenorfinu 7 mg a zhruba jejich 82 % respondentů uvedlo, že dávku užívají několikrát denně. Herzog (2010) dále říká, že substituce Subutexem® zvýši-

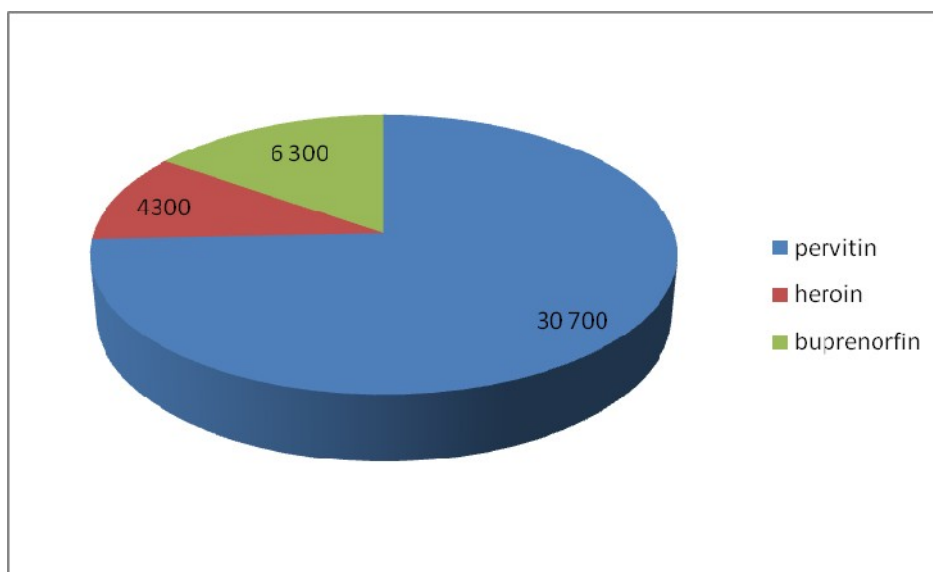
la dobu, kterou problémoví uživatelé byli schopni strávit v nemocnici, protože nepociťovali obávaný abstinenci syndrom tak výrazně.

2.5. Epidemiologie

2.5.1. Aktuální situace v ČR

V roce 2012 bylo odhadnuto přibližně 6 300 uživatelů buprenorfinu (hlavně Subutex®), což stanoví 15% všech problémových uživatelů drog (dále PUD) u nás (graf č. 1.).

Graf č. 1. Počet problémových uživatelů v roce 2012



Průzkum Multiplikátor 2013 zjišťoval podíl problémových uživatelů opiátů zařazených do substitučního programu. Primárním východiskem tohoto výzkumu bylo, že populace pacientů substituční léčby užívajících přípravky obsahující buprenorfin a problémových uživatelů buprenorfinu, resp. klientů nízkoprahových služeb, se vzájemně překrývají. Z výsledků následně vyplývá, že do substituční léčby je aktuálně zařazeno 14,3 % PUD v ČR a střední odhad počtu klientů substituční léčby mezi problémovými uživateli drog v roce 2012 tak dosahuje přibližně 5 900 osob (Mravčík, 2013).

2.5.2. Aktuální situace v Evropě

Přestože je heroin stále hlavním opioidem v Evropě, čím dál více stoupá dostupnost celé řady dalších syntetických opioidů na černém trhu. V roce 2012 více než 10 % klientů evropských zemí nastupujících poprvé specializovanou léčbu závislosti na opioidech, zneužívalo jiné opioidy než heroin. Patří k nim metadon, buprenorfin a fentanyl. Například ve Finsku je většina klientů užívajících opioidy primárními uživateli buprenorfinu. Obecně nejčastěji předepisovanou medikací je metadon, který dostávají až dvě třetiny klientů

v substituční léčbě, zatímco většině zbývajících klientů je předepisován buprenorfin (asi 20 %). Metadon je hlavní substituční medikací v šesti zemích včetně České republiky (EMCDDA, 2014).

3. SUBSTITUČNÍ LÉČBA BUPRENORFINEM

Substituční léčba v České republice je definována standardem substituční léčby, který je koncipován jako souhrn obecně platných pravidel substituční léčby závislosti na opioidech (Kol. autorů, 2008). Kritéria péče o substituované klienty, která jsou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb, stanovují Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy odborné způsobilosti, 2013).

3.1. Definice substituční léčby

Definici substituční léčby lze najít ve Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (2012):

„Ambulantní časově předem neomezená udržovací léčba substituční látkou. Je určena osobám závislým na opiátech často s přítomností psychických a somatických komplikací. Jejím cílem je efektivně potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotních účinků poskytované zdravotní péče a sociálních služeb všestranně zlepšit kvalitu života pacientů/klientů.“

Standard substituční léčby vydaný ve Věstníku MZ v roce 2001 a aktualizovaný v roce 2008, rozšiřuje definici o souhrn cílů substituční léčby:

- udržení nebo postupné zlepšení psychického a somatického stavu
- ukončení aplikace návykových látek rizikovým způsobem
- snížení nebo ukončení užívání ilegálních návykových látek
- snížení nebo ukončení rizikového chování spojeného s užíváním návykových látek
- omezení nebo ukončení páčání trestné činnosti
- zlepšení sociálních vztahů
- příprava na zahájení léčebného režimu vedoucího k detoxifikaci a abstinenci

Zásadní význam v chápání tohoto způsobu léčby popisuje Popov (2008). Lege artis prováděná substituční léčba je odbornou veřejností a institucemi vnímána jako plnohodnotná léčebná modalita. Pacient, který tímto způsobem abstínuje ode všech ostatních návykových látek, je považován z klinického hlediska za zcela abstinujícího.

3.2. Substituce buprenorfinem

Substituce buprenorfinem nalezne uplatnění především u klientů užívajících dávky spíše střední a nižší (Minařík, 2009). Bečka (2013) uvádí obvyklou denní dávku 2 – 20 mg. Poukazuje rovněž na fakt, že u některých klientů jsou efektivní teprve dávky 40 – 60 mg. Absolutně platný horní limit dávky neexistuje, dávka by se měla posuzovat individuálně podle odvykacích příznaků klienta (Standardy substituční léčby, 2008).

Při řádném podání léku je aplikace sublingvální. Ve srovnání s jinými formami substitučních preparátů je doba podání delší. Rozpuštění tablety trvá 3 až 8 minut, což znamená prodloužení dohledu pracovníka nad klienty. Při užívání nesmí být polknut, jinak se účinek buprenorfinu snižuje (Verster, Bunning, 2007). Naprosté většině léčených jsou však vydávány recepty a klienti preparát užívají sami (Bečka, 2013).

Substituční preparáty jsou v ČR léčebně podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Od roku 2010 je preparát Suboxone® 8 mg jediným substitučním přípravkem částečně hrazeným ze zdravotního pojištění, ale vzhledem k nastavení podmínek k úhradě v praxi stále nedochází. Preparáty na bázi buprenorfinu předepisovalo v České republice v roce 2012 přibližně 390 praktických lékařů a substituční léčba byla odhadem poskytnuta 1 500 pacientům (Mravčík, 2013).

3.3. Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek

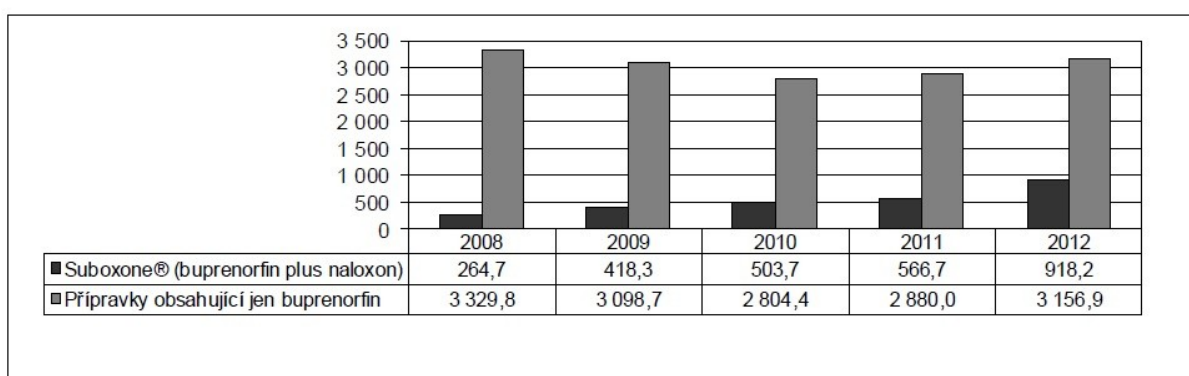
Mezi podmínky zajišťující kvalitu substituční léčby patří naplňování léčebného standardu, který byl vydaný ve Věstníku MZ v roce 2001 (Mravčík, 2009). Mravčík (2009) rovněž poukazuje na další důležitý faktor, který by v ČR měl přispět k větší jistotě lékařů a zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu a ke zvýšení kvality a bezpečnosti celého systému. Jedná se o Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, spravovaný Ústavem zdravotnických informací a statistik (ÚZIS), fungující od roku 2000. Hlášení do registru je ze zákona povinné (podle § 20 odst. 2 písm. j), zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami). Registr by tak měl přispět ke snížení pravděpodobnosti vícečetné a nadměrné preskripce jednomu pacientovi a k redukci úniku substitučních preparátů na černý trh.

4. PŘÍPRAVKY Z OBSAHEM BUPRENORFINU

V současné době se na trhu v ČR vyskytují Buprenorphine Alkaloid®, Ravata®, Suboxone®, Subutex® a buprenorfinové náplasti – Buprenorphine Actavis®.

V roce 2012 bylo distribuováno 4,1 kg buprenorfinu ve výše uvedených přípravcích, každý z nich v balení po 7 sublingválních tabletách a ve dvou různých silách 2 mg a 8 mg v jedné tabletě. Od roku 2008 dochází k nárůstu spotřeby přípravku Suboxone® obsahující kromě buprenorfinu také naloxone (graf č. 2.) (Mravčík, 2013).

Graf č. 2. Množství distribuovaného buprenorfinu v letech 2008–2012, v gramech (Mravčík et al., 2013)



4.1. Subutex®

Subutex® je sublingvální tableta obsahující buprenorphini hydrochloridum a prodávající se ve dvou silách, 2 mg a 8 mg buprenorfinu, v jedné tabletě. Tableta je oválná, plochá, bílé až krémové barvy, se zkosenými hranami. Na jedné straně je vyryto logo a na druhé straně „B2“ nebo „B8“ (Souhrn údajů o přípravku Subutex® 2 mg a 8 mg, 2011).

4.2. Suboxone®

Jedna tableta Suboxonu® obsahuje 2 mg buprenorphini hydrochloridum a 0,5 mg naloxoni hydrochloridum dihydricum. Další pomocnou látkou se známým účinkem je laktóza. Tablety přípravku jsou bílé, hexagonálního, bikonvexního tvaru, o velikosti 6,5 mm. Na jedné straně lze najít vyryté charakteristické logo meče, na druhé straně označení „N2“. Autoři rovněž upozorňují na nesprávné injekční používání přípravku, při kterém může lék vyvolat abstinenční příznaky, infekce, další kožní reakce a potenciálně závažné jaterní problémy (Souhrn údajů o přípravku Suboxone, 2011).

4.3. Ravata®

Lék ve formě sublingvální tablety se prodává o síle 2 mg buprenorphinum. Jedna tableta obsahuje buprenorphini hydrochloridum 2,16 mg, což odpovídá 2 mg buprenorfinu. Přípravek lze popsat těmito charakteristikami: téměř bílé až hnědavé barvy, oválného, plochého tvaru s délkou 10 mm a šířkou 5 mm (Souhrn údajů o přípravku Ravata®, 2011).

4.4. Buprenorphine Alkaloid®

Buprenorphine Alkaloid® se na trhu objevuje ve dvou formách: 2 mg a 8 mg, dle obsahu účinné látky (buprenorphini hydrochloridum) v jedné tabletě. Tableta je bílá, kulatá bikonvexní, nepotahovaná, s vyraženým číslem „2“ (popř. „8“) na jedné straně a vyraženým znakem šipky („→“) na straně druhé. (Souhrn údajů o přípravku Buprenorphine Alkaloid®, 2012).

4.5. Buprenorphine Actavis® (transdermální náplast)

Buprenorphine Actavis® je transdermální náplast, která se vyrábí ve třech formách, ale dostupná je nyní pouze náplast, která uvolňuje 70 mikrogramů buprenorfinu za hodinu. Jedna transdermální náplast obsahuje buprenorphinum 20 mg, který se vstřebává plochou 25 cm². Běžově zbarvená náplast je obdélníkového tvaru se zaoblenými rohy a je označena Buprenorphin 70 µg/h (Souhrn údajů o přípravku Buprenorphine Actavis®, 2012).

4.6. Addnok®

Addnok® je sublingvální tableta obsahující buprenorphini hydrochloridum. Existuje ve třech formách 0,4 mg, 2 mg a 8 mg buprenorphinum v jedné tabletě. V současné době je uvádění preparátu do oběhu pozastaveno (SÚKL, 2014).

5. TERÉNNÍ PROGRAMY SANANIM

Projekt Terénní programy Sananim (TP Sananim) vznikl v roce 1994 a to zejména jako reakce na potřebu kontaktu se skrytou drogovou scénou v Praze. V roce 2013 poskytoval služby 2 640 klientům, pracovníci programu kontaktovali cca 35 tisíc klientů a vydali přibližně půl miliónu injekčních setů (Výroční zpráva, 2013).

Obecným cílem terénních programů je zaměřit se na zmírnění zdravotního a sociálního poškození uživatelů nelegálních návykových látek v Praze a na zvýšení jejich motivace ke změně životního stylu. Terénní programy jsou určeny pro uživatele návykových látek, především injekčním a problémovým uživatelům, ale rovněž i rodičům a partnerům uživatelů drog, a také mladým lidem pohybujícím se na otevřené drogové scéně (Sananim z. ú., 2007).

Terénní programy se zaměřují zvláště na nitrožilní uživatele drog se záměrem snížit jejich rizikové chování jako např. sdílení injekčního náčiní nebo nechráněný sex, a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů hepatitidy B a C. Tyto služby mohou intervenovat již na počátku drogové kariéry uživatele, ještě předtím, než přejde k nebezpečnějším způsobům aplikace (Kalina et al., 2001).

Všechny služby TP Sananim jsou poskytovány bezplatně a patří k nim:

- distribuce injekčních jehel a stříkaček
- distribuce kondomů a sterilního zdravotnického materiálu
- první pomoc a minimální zdravotní ošetření
- sociálně – poradenské služby
- poskytování informačních materiálů včetně časopisu Dekontaminace
- zprostředkování služeb jiných zařízení

Studie byla realizována u sanitního vozu TP Sananim, který je klientům k dispozici každé pondělí a čtvrtek. Program Sanitka provozují Terénní programy Sananim. Vůz parkuje v Praze 1 nedaleko Hlavního nádraží, přímo v ohnisku otevřené drogové scény, a tímto zaručuje lepší dostupnost služeb pro klienty TP Sananim. Průměrně bylo za den v sanitce 155 kontaktů a vydáno bylo 1 880 injekčních setů.

Veškerá práce s klienty vychází z jejich individuálních potřeb. TP Sananim jsou držiteli certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby terénní programy, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a zároveň usilují o prosazování oprávněných zájmů klientů navenek (Sananim z. ú., 2007).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část navazuje na teoretické poznatky o zneužívání buprenorfinu v České republice. Cílem výzkumu je definovat vzorce užívání buprenorfinu u klientů TP Sananim, a má posloužit jako pilotní studie pro další případná výzkumná šetření.

Pro realizaci studie byla vybrána metoda terénního výzkumu. Tato metoda podle Miovského (2006) pomáhá hlouběji poznávat jednání lidí v jejich přirozeném prostředí, v reálných vztazích a vazbách i v každodenním životě.

6. DESIGN VÝZKUMU

6.1. Cíle výzkumu

Primárním cílem práce bylo popsat vzorce užívání buprenorfinu u klientů Terénních programů Sananim. Jedná se především o definování denních dávek buprenorfinu, zaběhnutých vzorců chování uživatelů od zakoupení drogy až po metody aplikace tohoto léku. Dále bylo zjišťováno subjektivní vnímání somatických komplikací uživatelů, a jejich polyvalentní užívání.

Sekundárně byly porovnávány další zdravotní či sociální rizika uváděné dotazovanými a faktory, které mají vliv na spotřebu a dávkování drogy.

6.2. Výzkumné otázky

Pro účely studie byly použity následující výzkumné otázky:

- Jaká je denní spotřeba buprenorfinu u klientů TP Sananim?
- Jaké jsou způsoby administrace látky?
- Jaké faktory mají vliv na dávkování a četnost užívání drogy?
- Jaké vnímají uživatelé zdravotní a sociální či jiná rizika a škody?
- Jaké jsou vzorce užívání dalších drog u uživatelů buprenorfinu?

6.3. Metody získávání dat

Pro sběr dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s klienty TP Sananim. Respondenti odpovídali na pečlivě formulované otázky vycházející z výzkumných otázek, přičemž výzkumník měl možnost se dle situace blíže doptávat a zaměřovat pořadí otázek. Tato metoda získávání dat dává tazateli možnost co nejvýhodněji využít čas k interview. Zároveň umožňuje provést rozhovory s několika lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání (Hendl, 2012). Průběh rozhovoru byl zapisován do záznamového ar-

chu, který představoval formu osnovy pro tazatele. Rozhovor byl rovněž nahráván pomocí funkce diktafonu na mobilním telefonu výzkumníka, pro lepší zachycení mluveného slova.

6.4. Etické normy a pravidla

V rámci výzkumného šetření budou dodržovány všechny etické požadavky s cílem neohrozit a nepoškodit účastníka studie. Hlavním předpokladem bude zachovat anonymitu účastníků, a proto budou získaná data označena příslušnými kódy. Nahrávky rozhovorů budou přepisovány a po ukončení výzkumu smazány. Získaná data nebudou poskytována třetím stranám. Respondenti budou rovněž vždy seznámeni s účelem sběru a použití dat, nebo s možností ukončení spolupráce. Na výzkumu se budou podílet dobrovolně, bez nároku na jakoukoli odměnu. Asistované vyplňování dotazníků bude probíhat v blízkosti sanitky TP Sananim, v dostatečné vzdálenosti tak, aby bylo zachováno soukromí respondentů, bez možnosti odposlechů rozhovorů.

6.5. Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek byl vytvořen náhodným výběrem klientů TP Sananim. Respondenti byli vybráni výzkumníkem a pracovníky TP Sananim. Pro zařazení do studie měli splňovat následující kritéria:

- klient TP Sananim
- injekční uživatel buprenorphinu nejméně jeden měsíc
- ústní souhlas s účastí na výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo celkem 30 respondentů. Všichni dotazováni byli klienty TP Sananim a souhlasili s účastí na výzkumu. 2 z respondentů však nesplňovali třetí požadované kritérium injekčního užívání buprenorphinu a byli ze studie vyřazeni. Konečný výzkumný soubor zahrnuje 28 respondentů.

6.6. Metody zpracování dat

6.6.1. Fixace dat

Kromě záznamového archu byl pro fixaci dat použit audiozáznam. Tato možnost záznamu nabízí autentičnost, nestrannost a usnadní práci výzkumníka (Miovský, 2006). Tazatel se může plně soustředit na probíhající rozhovor, zachytit verbální projev respondenta nebo vnímat atmosféru setkání. Rozhovor byl tedy nahráván pomocí telefonu s funkcí diktafon a záznam zůstal uložen po dobu trvání výzkumu.

6.6.2. Transkripce a redukce dat

Pořízený zvukový záznam byl nejdříve převeden do textové podoby. Jedná se o tzv. doslovnou transkripci, kde výsledkem je podrobný písemný zápis rozhovoru. Hendl (2012) dále uvádí další zpracování textu jako např. zdůrazňování důležitých míst podtrháváním, připojení komentáře nebo srovnávání jednotlivých míst textu.

Postup redukce textu do plynulejší podoby popisuje Miovský (2006). Prvotní redukce nastává již během transkripce dat. Další redukcí se utvoří srozumitelný a plynulý celek, který je vhodný pro následnou analytickou práci. Během tohoto procesu se z textu vynechají ty části vět, které nevyjadřují žádnou identifikovatelnou informaci.

6.6.3. Kódování

Veškeré získané informace byly označeny příslušnými kódy s cílem vytvořit tzv. datové jednotky, s nimiž je možné pracovat jednodušeji. Jednotky byly následně rozříděny do různých kategorií a seznamů v tabulkovém programu Microsoft Excel.

6.7. Způsob analýzy dat

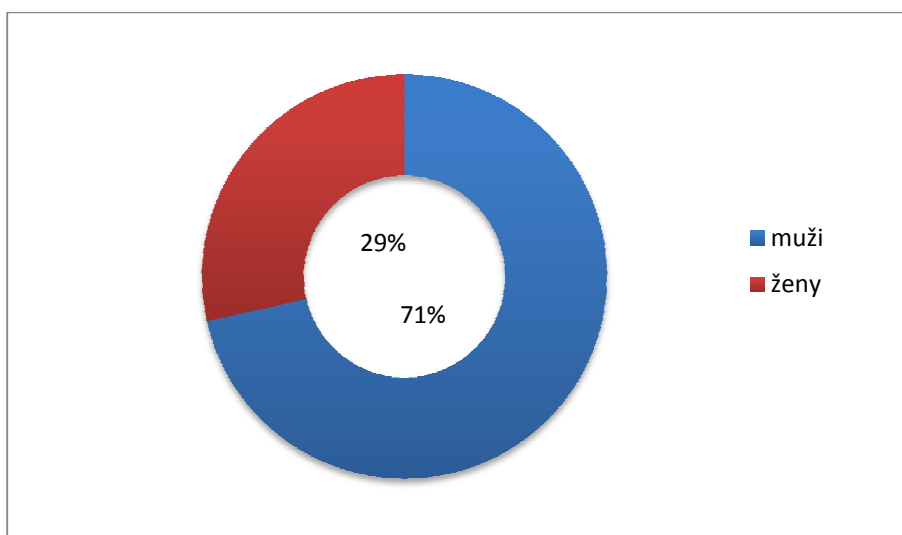
Primární metodou analýzy dat se stala deskriptivní statistika a pro dokreslení byly výsledky doplněny výpověďmi klientů. Otevřené otázky byly vyhodnocovány dle postupů metody zakotvené teorie autorů Glasera a Strausse. Z našich autorů popisuje tuto metodu např. Miovský (2006) jako teorii odvozenou z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. Její významnou výhodou je plastičnost, tedy možnost upravovat ji v rámci definovaných pravidel dle našich potřeb. Dalším přínosem je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávána odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze. Základní technikou pro zpracování dat bylo kódování a kategorizace.

7. VÝSLEDKY

7.1. Demografické údaje

Zastoupení mužského a ženského pohlaví ve výzkumu ukazuje graf č. 3. Z celkového počtu respondentů (n=28) poskytlo rozhovor 20 mužů a 8 žen.

Graf č. 3. Podíl (v %) ženského a mužského pohlaví ve výzkumu (n= 28)



Věk uživatelů buprenorfinu ve výzkumném souboru se pohyboval v rozmezí 22 – 42 let. Cca polovina participantů spadá do věkové kategorie 32 – 36 let. Průměrný věk byl 33 let, což odpovídá i statistickým údajům o stárnutí uživatelů na drogové scéně. Pro srovnání lze uvést data z výroční zprávy Národního monitorovacího střediska za rok 2012 (Mravčík, 2013), kde zaznamenali zvyšující se průměrný věk u klientů v ambulantních službách (30,7 let), nízkoprahových službách (28,5 let) a u prvožadatelů o léčbu. Tento věk vzrostl nejvýrazněji u uživatelů opiátů, především uživatelů buprenorfinu (31,2 let). V tabulce č. 1. jsou uvedeny věkové skupiny respondentů a jejich podíl ve výzkumném vzorku.

Dosažené vzdělání dotazovaných bylo rozděleno do pěti kategorií. Jednalo se o základní vzdělání, vzdělání střední bez maturity, střední s maturitou, vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání (včetně bakalářského stupně). Polovina (50 %) účastníků výzkumu uvedla základní dokončené vzdělání, druhá nejpočetnější skupina (39 %) byla vyučena tzn. dosáhla středního vzdělání bez maturity (tabulka č. 2.). Střední školu dokončili dva respondenti a pouze jeden měl vysokoškolské vzdělání. Skupina s vyšším odborným vzděláním nebyla zastoupena vůbec.

Tabulka č. 1. Věkové rozmezí respondentů

věk	počet	počet (%)
22 - 26	2	7
27 - 31	7	25
32 - 36	13	46,5
37 - 42	6	21,5
celkem	28	100

Tabulka č. 2. Dosažené vzdělání respondentů

vzdělání	počet	počet (%)
základní	14	50
vyučený/a, střední vzdělání bez maturity	11	39
střední s maturitou	2	7
vyšší odborné (VOŠ), pomaturitní nástavba	0	0
vysokoškolské (včetně bakalářského stupně)	1	4
celkem	28	100

7.2. Drogová kariéra

Další zkoumanou oblastí byla drogová kariéra klientů TP Sananim, její délka a forma administrace drogy. Byl porovnáván věk prvního injekčního užití drogy a byla vy počítávána délka injekčního užívání.

Délka drogové kariéry tj. délka užívání nelegálních drog, se pohybovala od 2 do 25 let (tabulka č. 3.). Přibližně 40 % dotazovaných užívá drogy 16 – 20 let. Menší část (32,1 %) začala užívat před 21 – 25 lety. Pouze 8 respondentů (28,6 %) uvedlo drogovou kariéru kratší než 15 let a 62,5 % z nich, následně uvádělo jako svou první drogu Subutex®. Průměrná délka užívání byla 16,8 let.

Tabulka č. 3. Délka drogové kariéry

délka drogové kariéry	počet	počet (%)
2 - 10	4	14,3
11 - 15	4	14,3
16 - 20	11	39,3
21 - 25	9	32,1
celkem	28	100

Průměrný věk, ve kterém uživatel poprvé aplikoval intravenózně, byl 19 let. Nejčastěji tomu však bylo v rozmezí 12 – 16 let (39 %) nebo 17 – 21 let (32 %). 21 % respondentů uvedlo svou prvotní injekční aplikaci ve 22 – 26 letech. Každá ze dvou posledních skupin (27 – 30 a 32 – 34 let) zahrnuje jednoho klienta (tabulka č. 4.).

Tabulka č. 4. Věk prvního intravenózního užití

věk	počet	počet (%)
12 - 16	11	39
17 - 21	9	32
22 - 26	6	21
27 - 30	1	4
31 - 34	1	4
celkem	28	100

Délku injekčního užívání lze vypočítat odečtením věku první intravenózní aplikace klienta od jeho věku. Výsledná čísla byla rozdělena do kategorií, která jsou uvedena v tabulce č. 5. Průměrná délka injekčního užívání je 14 let. Přibližně třetina osob (35 %) užívá injekčním způsobem 14 – 17 let. 8 dotazovaných (29 %) aplikuje intravenózně již 18 – 22 rokem. Délka drogové kariéry se v 9 případech shoduje s délkou injekčního užívání, což znamená, že tito klienti začali ihned, nebo v průběhu stejného roku aplikovat drogy injekčně.

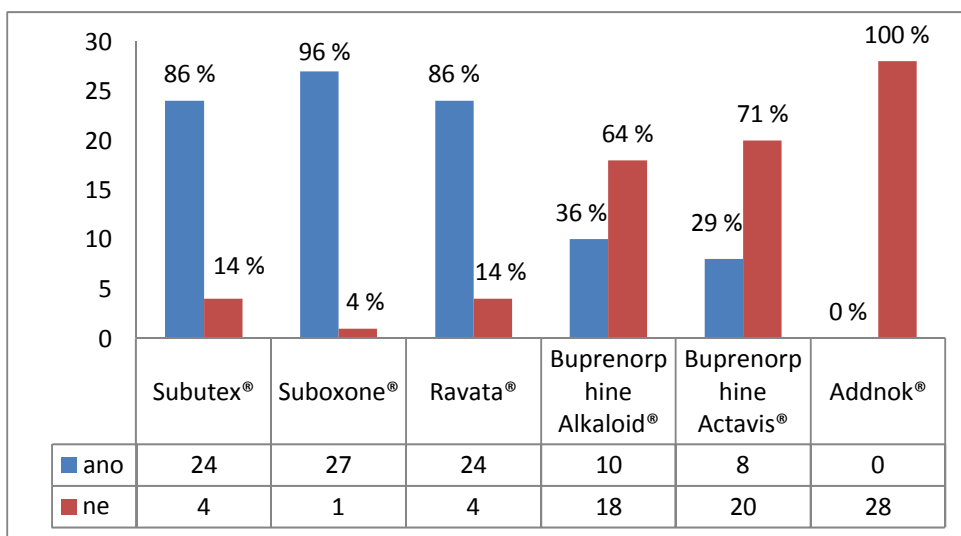
Tabulka č. 5. Délka injekčního užívání

věk	počet	počet (%)
2 - 5	3	11
6 - 9	4	14
10 - 13	3	11
14 - 17	10	35
18 - 22	8	29
celkem	28	100

7.3. Užívání buprenorfinu

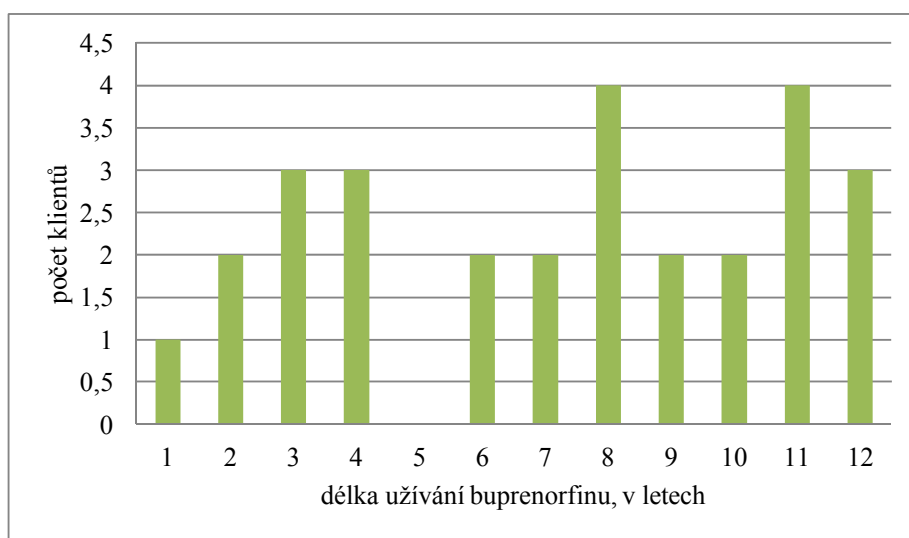
Následující otázka dotazníku se týkala užívání přípravků obsahujících buprenorfin. Byla to zároveň kontrolní otázka, která měla popř. vyřadit ze studie ty respondenty, kteří za poslední měsíc buprenorfinové preparáty neužívali. Při pohledu na graf č. 4. lze sledovat vysokou oblíbenost přípravků Subutex®, Suboxone® a Ravata®. Drtivá většina respondentů (96 %) za poslední měsíc užívala Suboxone® dále také Subutex® (86 %) a Ravata® (86 %): „Subutex je lepší, je víc euforické než Suboxone.“; „Začala jsem na Subutexu ale potom jsem si nechala předepsat Suboxone, protože je levnější a mě to funguje úplně normálně.“ Preparáty Buprenorphine Alkaloid® (36 %) a Buprenorphine Actavis (29 %) se užívaly v meší míře. Přípravek Addnok® neužíval nikdo z dotazovaných. Důvodem bylo pozastavení registrace přípravku v době provádění studie.

Graf č. 4. Podíl přípravků s obsahem buprenorfinu užívaných respondenty za poslední měsíc (n= 28)



V následujícím grafu č. 5. je znázorněna délka užívání buprenorfinu u dotazovaných klientů. Nejdéle byl buprenorfin užíván 12 let (3 respondenti). Tato doba zhruba odpovídá období kdy se přípravek Subutex® dostal na černý trh. 11 let užívali 4 respondenti stejně jako u 8letého užívání buprenorfinu. Od roku 2004 aplikují 2 dotazovaní, další 2 od roku 2003. Další 4 respondenti užívali buprenorfinové přípravky 7 a 6 let. Poslední skupina (9 respondentů) užívala buprenorfin 4 a méně let. Průměrná délka buprenorfinové kariéry uživatelů je 7 let.

Graf č. 5. Délka užívání buprenorfinu, v letech (n=28)



7.4. Četnost a dávkování drogy

Četnost užívání buprenorfinu byla rozdělena do pěti podkategorií: několikrát denně, jednou denně, 2 – 3 týdně, 1 týdně a méně než 3krát za měsíc. Naprostá většina klientů (25 respondentů) uvedla, že si látku aplikuje několikrát denně. Ve dvou případech byla zaznamenána četnost užívání jednou denně, a v jednom případě 2 – 3 týdně.

U respondentů, kteří udávali několik aplikací za den, byla zjišťována frekvence tohoto užívání. Graf č. 6. ukazuje, že nejvíce klientů (14 respondentů) látku užívalo dvakrát denně, 6 dotazovaných aplikovalo třikrát za den, jeden respondent pětkrát, a jeden respondent šestkrát za den. Průměrně si uživatel buprenorfinu aplikoval přibližně třikrát denně. Tyto hodnoty jsou však velmi nestabilní („Když mi je blbě tak si dám celou čtvrtku² najednou, ale jinak si tu čtvrtku rozdělím, abych měl pocit, že ještě mám“).

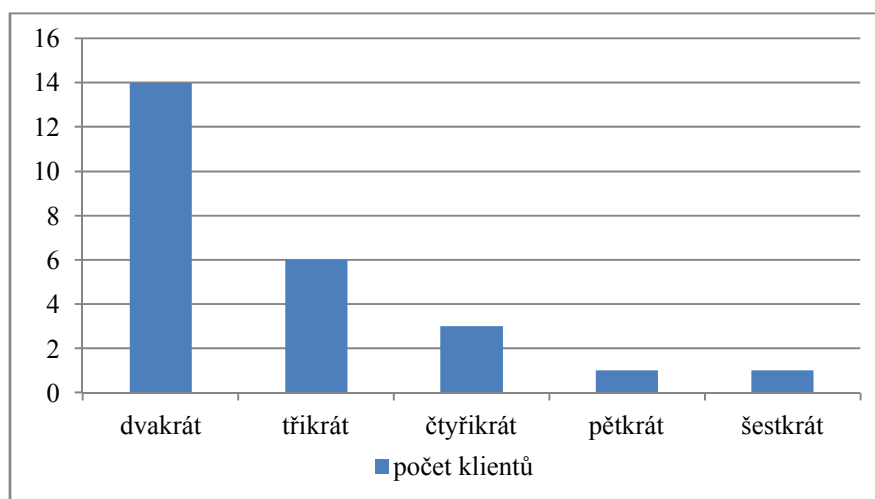
V návaznosti na četnost užívání byla zkoumána i denní doba, kdy si uživatelé zapojení do výzkumu nejčastěji drogu aplikují. Nejvíce respondentů (10) odpovědělo, že drogu

² ¼ tablety s obsahem 2 mg buprenorfinu

užívá ráno, odpoledne i večer („*Já si dám ráno, aby mi bylo dobře, potom to jdu koupit a dám si odpoledne a vlastně koupím i na večer.*“). Je možné, že tuto odpověď uvedli i klienti, kteří užívají více jak třikrát denně, aby vyjádřili své vícečetné užívání v průběhu celého dne. Další velká skupina dotazovaných klientů (8 respondentů) uvedla aplikaci drogy ráno a večer. Ostatní se shodli na tom, že dobu užívání nelze vyjádřit, převážně se však jednalo o dobu odpolední až večerní.

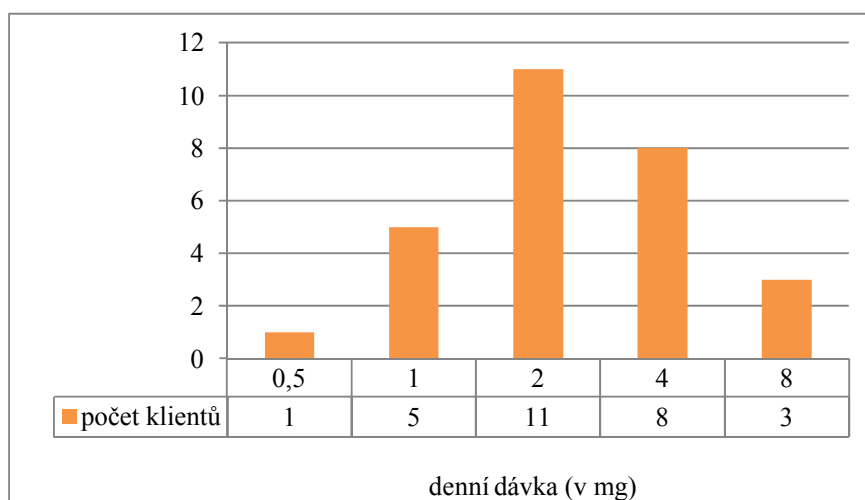
- „*Dávám si když se probudím, vstávám ve 12 a dám si ve 14 hodin. Ve 12 ta látka ještě funguje z minulého dne, ve 14 jsem už ale unavený.*“
- „*Nejsem ten, který otevře oči a hned si to musí dát. Já si to dám až odpoledne až si zařídím nějaký věci. U heráku to bylo jiný, to jsem si musel dát hned ráno.*“

Graf č. 6. Frekvence denního užívání drogy v období posledního měsíce



Denní dávka buprenorfinu za poslední týden se u dotazovaných pohybovala v rozmezí 0,5 – 8 mg (graf č. 7.). V průměru užívali 3 mg buprenorfinu denně.

Graf č. 7. Denní dávka buprenorfinu (v mg)



Téměř 40 % uživatelů (11 respondentů) spotřebovalo denně ¼ tablety, která obsahuje 2 mg buprenorfinu. Polovinu tablety (4 mg buprenorfinu) aplikovalo 29 % dotazovaných (8 respondentů). S 1 mg buprenorfinu denně si vystačilo 18 % uživatelů zapojených do studie. Jedna osoba uvedla 0,5 mg buprenorfinu na den, což v praxi znamená, že si zakoupenou ¼ tablety musela rozdělit na 4 části. Trojice respondentů užívala celou tabletu denně, avšak polovinu tablety tj. 4 mg buprenorfinu užívala sublingválně.

Ve většině případů (24 respondentů) byla dávka buprenorfinu za poslední měsíc stabilní. U ostatních uživatelů se množství aplikované látky lišilo, což bylo způsobené:

- finančními prostředky („Ty 4 mg jsou minimum, ale když si vyberu, tak jsem schopný i tu osmičku vyplácet.“)
- rozvíjejícím se abstinčním syndromem („Někdy si dám málo, někdy si dám víc, někdy si dám úplně přehnaně, když mě třeba začne bolet hlava a je mi blbě“)
- zdravotním stavem („No, teďka jak jsem těhotná, tak si dávám maximálně 3 mg.“)

7.5. Způsoby administrace drogy

Popsat způsoby administrace látky nebylo pro respondenty příliš jednoduché. Jejich předpoklad, že aplikují „normálně“, znesnadňoval schopnost popsat aplikaci látky podrobně. Intravenózní způsob užívání byl jedním z kritérií pro zařazení do studie. Metody administrace drogy se tudíž lišily dalšími možnostmi aplikace, a proto byla použita jiná kategorizace metod než v původním dotazníku (graf č. 8.). Pouze injekčně aplikovalo látku 75 % dotazovaných uživatelů (21 respondentů). 18 % dotazovaných (5) si kromě intravenózní aplikace rozpouštělo tabletu pod jazykem („Záleží od situace, třeba když pracuju, tak si dávám pod jazyk. Když nedělám, tak se snažím ušetřit a dávám si injekčně - rozdělím si to na víc.“). V dalších případech uváděli klienti šňupání (1 respondent) („Subutex šňupu, je to intenzivnější.“) nebo jiný způsob (1 respondent) („Když si nemůžu dát, tak si to aspoň hodím do čaje. I když to nefunguje, tak aspoň psychicky vím, že to mám v sobě.“).

Nejméně rizikový postup administrace drogy ze všech dotazovaných (n=28) popisuje respondent slovy: „Pístem buchny³ si rozdělám tabletu v rozdělávačce⁴, dám tam vodu a filtr⁵. Stříkačkou to natáhnu, aby to bylo čirý. Místo si čistím konzelnem⁶, před i po.“ 10 dotazovaných během popisu aplikace vyjádřilo filtrování jako nutnost („Musím to mít čistý, protože mě potom bolí hlava.“). Dalších 8 uživatelů používalo filtry pravidelně, ale když je neměli, nezabránilo to v aplikaci drogy. Poměrně velká skupina uživatelů (10 respondentů)

³ injekční stříkačka

⁴ lžička nebo jiná "nádobka" použitá k rozpouštění drogy

⁵ bavlněný smotek používaný při natahování drogy do stříkačky

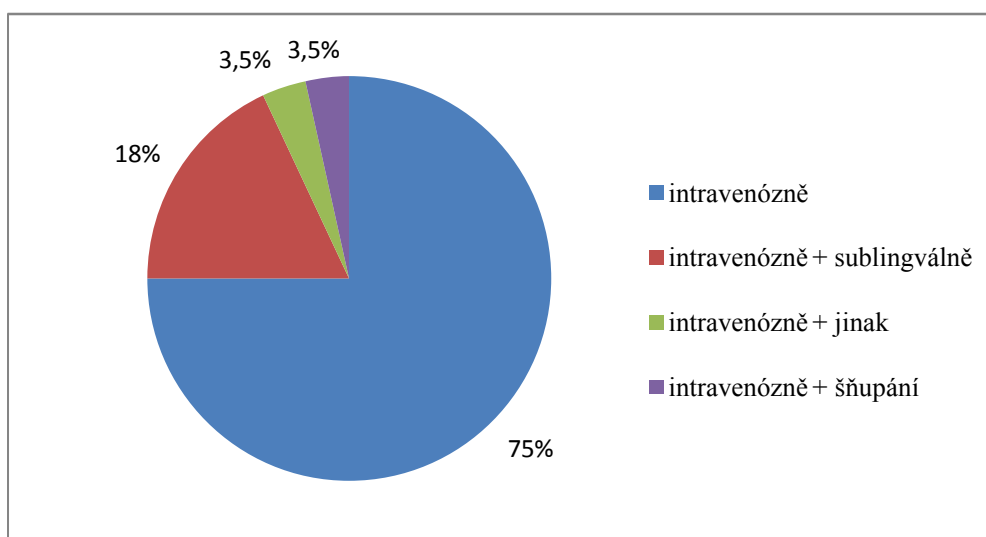
⁶ alkoholový tampón sloužící k dezinfekci místa vpichu

filtry, dezinfekci nebo náplasti nepoužívala („Přidrží si to rukou, aby tam nebyla modřina, náplasti používám jenom když tam mám krev.“). Pro rozdrcení tablety posloužilo víčko injekční stříkačky (60 %) a tableta bývá rozpuštěna ve stříkačce (40 %) nebo nějaké jiné nádobce tzv. rozdělávače (45 %).

71 % uživatelů účastnících se výzkumu si byla vědoma rizika aplikování rozpuštěných tablet. V některých případech ale měli informace poměrně zkreslené:

- „Ještě před měsícem jsem filtroval úplně všechno, teď filtruju jenom Subuxone a Ravatu. Tam je prostě ten naloxone a v tom je moc bordelu.“
- „Není to přece droga, je to prášek, je to sterilní.“
- „Když jsem doma, tak si ruce nemyju, mám je čistý...“

Graf č. 8. Způsoby aplikace buprenorfinu



Dalším důležitým vzorcem užívání buprenorfinu bylo nejčastější místo vpichu za poslední měsíc. Celkem 68 % dotazovaných uživatelů (19 respondentů) aplikovalo do předloktí. Poměrně populární (8 respondentů) byla aplikace do třísla, a to proto, že je celkem jednoduché tyto vpichy schovat („Do třísla si dávám už 7-8 let, ale starám se o to, mám tam jenom malou jizvičku.“). Ojediněle respondenti uváděli jako místo aplikace krk (1 respondent), ruce a nohy (1 respondent) a podpaží (1 respondent). („Já si dávám, kam to jde, ale zrovna teď do ruky, přímo do dlaně.“).

Tabulka č. 6. ukazuje, na jakém místě si uživatelé naposled aplikovali drogu. Doma, v soukromí aplikovalo 11 respondentů (39 %). Svou odpověď odůvodnili tím, že doma mají nejvíce soukromí a příprava látky a její následná aplikace není tak stresující. Cca třetina dotazovaných (9 respondentů) uvedla jako místo poslední aplikace park, aplikovali však většinou v křoví nebo vzdáleně od veřejnosti. Dalším přijatelným místem pro aplikaci

se staly veřejné záchodky (4 respondenti) a průchody domů (1 respondent). 3 respondenti si aplikovali drogu přímo na náměstí. 61 % dotazovaných uživatelů tedy aplikovalo na veřejných místech či ve veřejných budovách.

Tabulka č. 6. Místo poslední aplikace drogy

místo poslední aplikace	počet	počet (%)
park (křoví, lavička,...)	9	32
veřejné záchodky	4	14
rozpadlé budovy	0	0
průchod domu	1	4
místo bydliště	11	39
jiné (veřejná prostranství)	3	11
celkem	28	100

7.6. Nákup drogy a její přechovávání

Velice významnou skupinou otázek semistrukturovaného dotazníku byla oblast nakupování, uchovávání a zhodnocení dostupnosti drogy. V tomto směru byli klienti velmi vstřícní, popisovali nejenom aktuální situaci na černém trhu, ale i spolupráci s lékaři a jinými zdravotnickými zařízeními. Vyskytl se názor, že se uživatelé stávají zároveň dealery („*Tady je víc dealerů než uživatelů, ale oni vlastně taky všichni užívají.*“), a jsou čím dál tím více agresivnější („*Dřív to bylo jiný...ted' si jdou všichni po krku a jsou agresivní.*“). Jeden z respondentů by na českém trhu uvítal přípravky Subutexu® s 0,4 mg buprenorfinu, u kterých byla distribuce pozastavena („*Dodnes lituju, že jsem s tím začal. Je škoda, že vymizely nula-čtyřky. Kdysi to mělo větší úroveň, ted' se to mění...*“).

Všechny možnosti nákupu shrnuje tabulka č. 7. Legálně, na předpis svého lékaře, si zakoupilo 29 % respondentů. 2 respondenti pravidelně docházeli k lékaři a s předepisovanými dávkami si vystačili („*Zrovna zítra jdu k doktorovi. Mám peníze, tak budu mít na 35 dní klid. Dostanu dvě balení, ale když si řeknu o víc tak mi dá podmínku, už jsem se třikrát kvůli tomu s ním chytil.*“).

Pokud substituovaný klient neměl dostatek financí na léky, recept prodal (1 respondent), nebo přišel o část předepsaných léků („*Napsal mi 3 krabičky na jeden recept a já neměla peníze, takže mi dvě krabičky propadly. Tím pádem jsem nevyšla do dalšího měsíce a musela jsem si koupit na ulici.*“). 18 % respondentů předepsaná dávka buprenorfinových přípravků nestačila, a tak si léky dokupovali na černém trhu. Doložení určité částky peněz do konečné sumy pro nákup tablet, byl zaznamenán v případě, že klient nemá dostatečný obnos na nákup léků („*Když to je známý, tak řekneš, že vybereš prášky, on ti dá*

recept, a ty mu potom dáš 2 a 5 si necháš⁷.“). Tento postup popisovalo celkem 8 dotazovaných uživatelů, 6 z nich k tomu navíc nakupuje na černém trhu.

Tabulka č. 7. Možnosti nákupu drogy

možnosti nákupu drogy	počet	počet (v %)
navštěvuji lékaře, léky si nakupuji jen pro sebe (na předpis)	2	7
navštěvuji lékaře, předpis vybírám se známými, dělíme se, vyměním za léky	1	4
známý navštěvuje lékaře, já nakupuji léky (dodám peníze na výběr)	2	7
nákup na černém trhu	11	39
navštěvuji lékaře + nakupuji na černém trhu	5	18
známý navštěvuje lékaře + nákup na černém trhu	6	21
jinak	1	4
celkem	28	100

Nejpočetnější skupina (11 respondentů) si obstarávala buprenorfinové přípravky pouze na černém trhu. Výhody spatřovali jednoznačně v anonymitě a jednoduchosti nákupu („*Tady v Praze seženeš kdekoli a kdykoli.*“). Zhruba 65 % dotazovaných hodnotilo dostupnost jako spíše snadnou a snadnou. Problémově byly popisovány víkendy, státní svátky a letní dovolené:

- „*Ted' (v pondělí) by to mělo být jednoduchý koupit. Lidi dneska byli vybírat⁸ tak tu jsou.*“
- „*Nestává se, že bych musel dlouho chodit, většinou někoho potkám hned.*“
- „*Pondělí až pátek to je dobrý, ale o víkendu to je konečná, to málokdy seženeš.*“
- „*V létě to bude horší, protože doktoři budou mít dovolené, ale zase bude opium...*“

Stálý přísun drogy a tím pádem nejlepší dostupnost k droze zmiňovali substituovaní klienti (36 % respondentů). 42 % dotazovaných navštěvovala substituční program v minulosti a zbylých 22 % respondentů nedocházelo nikdy.

Kolísavá dostupnost byla velice provázaná s cenou přípravků. Během týdne se cena pohybovala v rozmezí 100 – 150 Kč za ¼ tablety Subutexu®. Suboxone® a Ravata® byly o něco dražší: 150 – 200 Kč za ¼ tablety. V případě, že by došlo k výpadku léků na drogové scéně, cena by rapidně vzrostla („*Cena je stabilní, ale když nejsou eska⁹ tak to jde naho-*

⁷ tablety jsou balené v blistrech, každý po 7 sublingválních tabletách

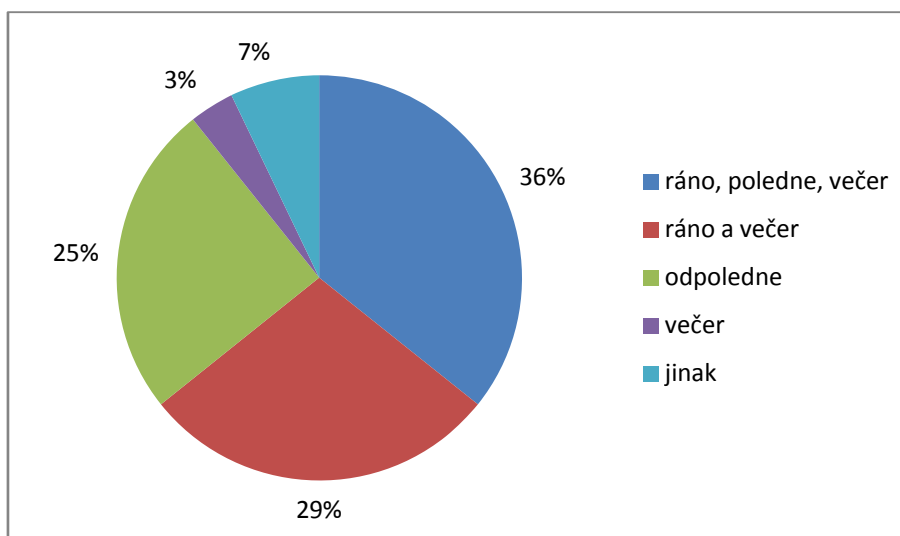
⁸ nakoupili léky předepsané lékařem

⁹ Subutex®

ru. Už jsem platil 700 Kč za ¼ prášku. Bylo to na Štědrý den.“), a proto uživatelé často nakupovali větší množství buprenorfinu („V pátek si toho koupím víc abych nemusel shánět o víkendu. A navíc dostanu slevu.“). Přibližně u poloviny respondentů (14) cena neměla vliv na množství zakoupené drogy („Já si koupím vždycky, za jakoukoliv cenu. Nenakupuju víc, protože více drog znamená více problémů.“). To znamená, že polovina uživatelů nakupovala drogy i o víkendu, i přes to, že byly podstatně dražší. Druhou polovinu cena nějakým způsobem ovlivňovala, a z tohoto důvodu si nakupovali větší množství drog během týdne, nebo naopak předražené léky nekupovali vůbec.

Na otázku „Užíváte drogu ihned po zakoupení?“ měli respondenti vcelku jednoznačnou odpověď. 71 % dotazovaných aplikovala drogu neprodleně po nákupu, zbylých 29 % s aplikací drogy počká. Zde se rovnou nabízela otázka: „Jak v tom případě drogu uchovávejte?“ Odpovědi na tuto otázku shrnuje graf č. 9., ze kterého je patrné, že možnosti uchovávání byly různorodé. Klient zpravidla neměl jednu konkrétní metodu přechovávání, ale tabletu uchovával „...do kapsy, pytlíku, prostě do něčeho co mám po ruce. Vždycky najdu něco čistýho.“ Respondenti obvykle uchovávali tabletu podle toho, jak ji předával dealer. („Bud' to vyloupnou do dlaně, nebo na to mají takovou lámačku.“). Čtvrtina proto měla tabletu uchovanou v sáčku a 17 % v originálním balení. Častým způsobem přechovávání byla injekční stříkačka nebo želatinové kapsle (30 %). Ostatní měli na tabletu různá pouzdra, krabičky a kapsičky, někdo si ji uchovával v „kinder vajíčku“, papírovém psaníčku, toaletním papíru nebo v „zubu“¹⁰.

Graf č. 9. Metody uchovávání drogy



¹⁰ mikrozkuška

Lze shrnout, že dotazovaní klienti si na způsobu úschovy tablet dávali záležet („*Tady Pepa prodává subáče¹¹ a ty tablety jsou černější než tahle bunda. To bych nekoupil.*“). Během nákupu však často tableta putovala z rukou dealera do dlaně klienta, a zde mohlo dojít ke kontaminaci drogy. Pouze u dvou respondentů byla zaznamenána mizivá opatrnost při zacházení s tabletou („*Neuchovávám to jinak, prostě mi to esko dá do ruky a já si to rovnou jdu dát.*“).

7.7. Zdravotní a sociální rizika

Cílem studie bylo mimo jiné popsat vnímání sociálních a zdravotních rizik uživatelů buprenorfinu. Na otázku, zda-li uživatelé zaznamenali změny ve zdravotním stavu po přechodu na užívání buprenorfinu odpovědělo 7 respondentů záporně. Ostatních 75 % účastníků výzkumu zaregistrovalo zdravotní komplikace s tímto pravděpodobným původem:

- neurologický – brnění rukou až necitlivost (25 %)
- oběhový – neprůchodnost cév (70 %), otoky (36 %)
- gastrointestinální – zácpa (10 %), nevolnost a bolesti žaludku (18%), citlivost jater (4%)
- jiné: bez imunitního systému (4 %), bolesti zad (4 %), zhoršené dýchání (4 %)

Dalších 10 % dotazovaných uživatelů mělo v minulosti abscesy, tyto komplikace však jsou způsobeny obecně injekční aplikací. Povědomí o škodlivosti této drogy lze označit za poměrně dobré („*Ona se prej ta infekce může do srdce, tak to se dost bojím...*“; „*Mě to uklidní, ale moc často to neberu, vím, co to dělá s tělem.*“).

Necelá polovina dotazovaných vyžadovala u aplikace soukromí, aby u aplikace nebyl nikdo přítomen. Vcelku velká skupina, čítající 32 % respondentů, si s partnerem aplikovali navzájem nebo byl partner alespoň přítomen. Zbýlých 21 % dotazovaných uvádí přítomnost známého, pravděpodobně pomáhajícího s aplikací do krku.

Užívání buprenorfinu mělo zhruba na třetinu respondentů v sociální oblasti spíše pozitivní vliv. Většina však, jak bylo již popsáno výše, užívala také jiné nelegální drogy, takže se jedná o subjektivní zhodnocení. Cítili se více zodpovědní, měli více času a u některých (4 respondenti) byl přechod na užívání buprenorfinu propojen se sociální stabilizací tj. nalezení si zaměstnání, utvoření si denního režimu a nalezení partnera:

- „*Jsem zodpovědnější, mám víc času někam dojít atd.*“

¹¹ Subutex®

- „*Mě je na tom líp... jako psychicky. Nemám tolik nervů na to přemýšlení, kde seženou herák.*“
- „*Já jsem stabilní, chodím do práce a opiáty mám jako relax. Jsem na malé dávce a nerozřetoval jsem se. Neví to lidi v práci ani přítelkyně. Kdybych chtěl řetovat tak řetuju, tohle je spíš autoléčba.*“

Druhá třetina nezaznamenávala žádné změny v této oblasti, a poslední třetina uváděla spíše negativní důsledky. Necítily se ve své kůži, byli podráždění, někdy až agresivní a vzteklí. Popisovali rovněž účinky typické pro opiáty: podrážděnost, nervozita, únava, otupělost a jiné („*Už nereaguji na normální realitu. To cítění je otupělé, a už nic nevnímám...*“).

7.8. Vzorce užívání dalších nelegálních látek

I když se výzkum zaměřoval na užívání buprenorfinu, do semistrukturovaného dotazníku byly zařazeny i otázky na polyvalentní užívání. Z odpovědí je následně možné vyhodnotit, zda je buprenorfin drogou hlavní nebo sekundární drogou u uživatelů pervitinu nebo heroínu. Z odpovědí vyplynulo, že 82 % dotazovaných užívalo injekčně kromě buprenorfinu i další drogy. Ostatní účastníci studie (18 %) rovněž užívali další drogy, ovšem jiným než intravenózním způsobem. Tabulka č. 8. shrnuje všechny poznatky o četnosti užívání dalších nelegálních drog u účastníků výzkumu. Na první pohled je patrné, že nejvíce převládá užívání pervitinu a konopných drog. Cca třetina uživatelů pervitinu jej užívala denně, dalších 21,5 % vícekrát za týden. Pervitin byl nejčastěji užíván společně s buprenorfinem pro zlepšení a zkvalitnění prožitku intoxikace pervitinem.

- „*Ted' mám v sobě perník, takže zítra si dám esko a bude mi to fungovat. A potom jak mám tu křížovku, tak 4 dny do sebe budu něco rvát a stejně se nerozjedu, dokud si nedám esko. Ráno se vzbudím, dám si perník a potom esko, tak mi ta tableta ještě něco dá. Když ale budu doma 4 dny jenom na esku, tak budu mít jenom krizi.*“
- „*Já si dám perník, to mě nabuzuje, ale někdy perník necítím, tak si dám esko a to mě dokopne - nabudí.*“
- „*Perník bez Subutexu nemaká.*“

Polovina klientů účastnících se studie pervitin aplikovala dohromady nebo těsně po sobě s buprenorfinem („*Namíchám to rovnou v té stříkačce.*“; „*Do jedné ruky si dám perník, do druhé subáč.*“). Druhá polovina aplikovala pervitin v průběhu dne, aniž by drogu míchali s buprenorfinem.

Počet denních uživatelů heroínu byl překvapivě nízký. Pouze 3 respondenti uvedli tuto četnost užívání heroínu, ostatní heroín neužívali vůbec. Heroín ovšem před přechodem

na buprenorfin užívalo 71 % dotazovaných uživatelů. Pokud jde o alkohol, 64 % respondentů uvedlo, že nepije vůbec, ostatní měli problém vyjádřit četnost užívání („*Nějaké to pivko denně si dám, ale nejsem žádnéj alkoholik.*“). Zajímavá byla četnost benzodiazepinů. Užívaly se jako léky na epilepsii (2 respondenti) nebo příležitostně zneužívaly (7 respondentů).

- „*Občas si dávám Tramal. To když je třeba neděle, a když už mi žádnéj fet nezbyl, tak si dám 400 mg tramalu a 1 mg neurolu a přežiju ten den.*“

Halucinogeny se v podstatě neužívaly vůbec (96 % dotazovaných), příležitostně se rovněž užívaly funkky a nové drogy, pouze 3 respondenti užívali 2 krát týdně. Konopné drogy se užívaly často, celkem 46 % respondentů uváděla četnost denní až několikrát měsíčně. Jeden účastník výzkumu uvedl, v kolonce jiné, antidepresiva.

7.9. Shrnutí

Cílem práce bylo získat vzorce užívání buprenorfinu u klientů TP Sananim. Je proto vhodné uvést jeden obecný vzorec, který popisuje užívání průměrného klienta TP Sananim, který se zúčastnil studie. Daný uživatel tabletu si zakoupil na černém trhu, uchoval do stříkačky nebo sáčku a po zakoupení ihned aplikoval. Tablet si rozdělil na menší části, část rozdrtil ve víčku injekční stříkačky a následně, spolu s vodou, rozpustil v injekční stříkačce. Protože mu ještě zbyly filtry, směs přefiltroval. Najít místo pro aplikaci nebylo snadné, protože trpí neprůchodností cév, avšak nakonec našel místo na předloktí. Alkoholový tampón v kapse nenašel, a proto místo nedezinfikoval. Průměrně užívá 3 krát denně 3 mg buprenorfinu. Zároveň s buprenorfinem užívá rovněž i pervitin. Jakou dávku denně aplikuje, však záleží od jeho finančních prostředků nebo zdravotního stavu. Je mu 33 let a buprenorfin užívá již 7 rokem. Je nutno dodat, že uvedený vzorec byl uveden pouze pro lepší představu průběhu aplikace buprenorfinu. Schéma proto může být zavádějící, a aplikace může u každého jedince vypadat trochu jinak.

Tabulka č. 8. Četnost užívání dalších nelegálních látek (n=28)

	heroin		pervitin		benzodiazepiny		alkohol		halucinogeny		konopné buňky		funky, nové drogy		jiné	
četnost	počet	počet v (%)	počet	počet v (%)	počet	počet v (%)	počet	počet v (%)	počet	počet v (%)	počet	počet v (%)	počet	počet v (%)	počet	počet v (%)
denně	3	11	10	35,5	2	7	3	11	0	0	5	18	0	0	1	4
3 - 4 týdně	0	0	2	7	0	0	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0
2 týdně	0	0	3	11	0	0	0	0	0	0	1	3	3	11	0	0
1 - 2 týdně	0	0	1	3,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 týdně	0	0	3	11	2	7	2	7	0	0	3	11	0	0	0	0
2 měsíčně	0	0	1	3,5	2	7	1	4	1	4	1	3	1	4	0	0
1 měsíčně	0	0	5	17,5	3	11	0	0	0	0	3	11	4	14	0	0
neužívám	25	89	3	11	19	68	18	64	27	96	15	54	20	71	27	96
celkem	28	100	28	100	28	100	28	100	28	100	28	100	28	100	28	100

8. DISKUZE

Studie se zabývala zkoumáním postupů od zakoupení drogy až po její aplikaci uživatelem. Výzkum se však věnoval i jiným okolnostem užívání drogy, popisoval zdravotní komplikace, sociální faktory nebo vliv finanční situace na dávkování a spotřebu drogy. Všechny tyto oblasti byly diskutovány během semistrukturovaného interview s klienty TP Sananim. Vzhledem k typu služby, u kterého rozhovory probíhaly, nebyl prostor pro delší kvalitativní rozhovor. Proto se zde, kvůli časovému omezení klientů, mohlo objevit první zkreslení nebo neúplnost informací. Další bariérou v rozhovorech s uživateli byla aktuální intoxikace drogou nebo naopak potřeba si drogu aplikovat co nejdříve.

Průměrný věk klientů zapojených do studie byl 33 let, což odpovídá i statistickým údajům o stárnutí uživatelů na drogové scéně. S výše uvedeným je i provázána délka drogové kariéry, která trvala v průměru 16,8 let. Všichni respondenti užívali intravenózním způsobem. Logickým předpokladem u dlouhodobých uživatelů drog je kvalitní edukace v oblasti bezpečného užívání. Dotazníkové šetření odhalilo, že i když je informovanost uživatelů o škodlivosti injekční aplikace buprenorfinu poměrně dobrá, v praxi se tyto poznatky neprojevují. Přibližně 36 % respondentů během aplikace nepoužívá filtry, nebo alkoholové tampóny k dezinfekci místa pro aplikaci. Zanedbatelná část dotazovaných zmínila důležitost mytí rukou před i po aplikaci. Je zřejmé, že se v průběhu let změnila droga, ale zavedené stereotypy užívání zůstávají neměnné. Lze tedy shrnout, že uživatelé nejčastěji přisuzují své zdravotní komplikace aplikované tabletě a všemu co obsahuje, opomíjejí však svůj osobní podíl na kontaminaci tablety choroboplodnými zárodky. Herzog (2010) v souvislosti s injekční aplikací buprenorfinu poukazuje na zvýšené množství srdečních endokarditid, tento předpoklad se však u výzkumného souboru nepotvrdil. Na druhou stranu užívání buprenorfinu plní funkci Harm reduction, a snižuje tak počet předávkování s následnou smrtí (Herzog, 2010 a Popov, 2009).

Nejvíce užívaným buprenorfinovým přípravkem za poslední měsíc byl Suboxone® (96 % respondentů). Výsledky užívání předepisovaného Suboxonu® dobře korespondují s výroční zprávou Národního monitorovacího střediska (Mravčík, 2013), která udává zvýšení spotřeby tohoto preparátu od roku 2008. Dále se ve velké míře užíval Subutex® a Ravata®. Denní dávka buprenorfinu se pohybovala v rozmezí 0,5 – 8 mg. Průměrně si uživatel denně aplikoval 3 krát cca 3 mg buprenorfinu. V porovnání s finským výzkumem z roku 2006, kde autoři Alho, Sinclair, Vuori a Holopainen uvádějí průměrnou denní dávku injekčních uživatelů buprenorfinu 7 mg, je množství 3 mg pouze stopové. Následně je možné konstatovat, že v souvislosti s četností užívání drogy, je zde patrná spíše psychická závislost na jehle, jak je popisováno výše, v teoretické části práce (Sklenář, 2014). Dalším možným vysvětlením užívání malého množství buprenorfinu je odhodlání pro postupné snižování dávek až do úplného vysazení resp. ukončení užívání drog. Obdobný postup

uvádí Bazari et al. (2011) u respondentů, kteří užívali přípravky s buprenorfinem a naloxonem z důvodů zmírnění abstinčních příznaků a snížení spotřeby jiných opioidů. V potaz se zde však musí vzít i polyvalentní užívání respondentů.

Mezi faktory, které ovlivňovaly dávkování a četnost užívání drogy patří zejména finanční situace, rozvíjející se abstinční syndrom nebo zdravotní stav dotazovaných uživatelů. Tyto příčiny způsobily, že respondenti aplikovali:

- menší dávku vícečetně
- větší dávku jednorázově
- menší denní dávky

Nákup drogy probíhal na černém trhu, kde se substituční přípravky dostaly skrz benevolentní praxi některých lékařů, jak popisuje Herzog (2010). Zarážející je rovněž počet uživatelů, kteří užívali buprenorfinové léky předepsané lékařem, přesto neměli žádnou motivaci užívat preparáty řádným způsobem. Zde se proto nabízí podnět pro větší psycho-terapeutickou intervenci v rámci substitučních programů. Dostupnost drogy byla většinou popisována jako snadná a cena drogy byla v průběhu týdne stabilní. Nicméně cena buprenorfinových přípravku je na nelegálním trhu výrazně vyšší než při běžném zakoupení v lékárně. Z tohoto důvodu uživatelé často přispívali určitou finanční částku do konečné sumy pro výběr receptu známým a kamarádům, kterým recepty předepisoval lékař.

Intimnost některých otázek byla častou překážkou během rozhovorů, a nejvíce se projevila u popisu zdravotních komplikací a změn v osobním životě zaznamenaných po přechodu na užívání buprenorfinu. Klienti většinou připustili určité zdravotní problémy, až po vyjmenování některých komplikací výzkumníkem. V důsledku toho, mohlo dojít ke zkreslení celkových výsledků. 70 % respondentů sužovala neprůchodnost cév, následně uváděli otoky (36 %), brnění v rukou (25 %), nevolnost (18 %) a jiné. Veškeré zmiňované komplikace jsou diskutabilní, neboť posouzení zda tyto zdravotní problémy souvisejí s užíváním buprenorfinu, přesahuje možnosti autorky této práce.

Pervitin užívalo alespoň jednou za poslední měsíc 89 % respondentů. Přibližně třetina z nich užívala pervitin denně. Přesně opačné zastoupení měl heroin. 89 % respondentů heroin neužívalo i přesto, že před příchodem buprenorfinu užívalo heroin 71 % z nich. Denní uživatelé pervitinu uváděli užívání buprenorfinu pro zlepšení a zkvalitnění prožitku intoxikace pervitinem. V několika případech tento proces pojmenovávali jako křížovou závislost, leč zcela nesprávně, protože tento termín patří k toleranci na látky se stejným mechanismem účinku. Domněnkou autorky práce je, že cca polovina uživatelů pervitinu považuje tuto drogu za drogu primární. Druhou polovinu tvoří bývalí uživatelé heroínu, kteří tento opiát vyměnili za jiný tj. buprenorfin, a ten je nyní jejich hlavní drogou.

Nedostatkem výzkumu je rovněž velikost výzkumného vzorku. V porovnání s velikostí populace problémových uživatelů byl výzkumný soubor příliš malý na to, aby se výsledky mohly interpretovat na celé populaci závislých na buprenorfinu. Studie se rovněž prováděla v jediném zařízení, není tudíž možné ji označit za reprezentativní.

Cílem bylo provést pilotní studii, která by měla být úvodem do problematiky zneužívání buprenorfinu. Výsledky mohou sloužit jako základ pro další studie a poskytnout validní východiska dalšího zkoumání. Vhodné by bylo rovněž zabývat se konkrétnějším tématem v oblasti zneužívání buprenorfinu a jít v rozhovorech více do hloubky. Takovým tématem by mohl být popis injekční aplikace nebo metody získávání drogy. V České republice je obecně toto téma opomíjeno a bylo by vhodné se jím více zabývat a přiblížit se takto západnímu trendu, kdy se počet výzkumů tohoto druhu v poslední době značně zvyšuje. Pro klinickou praxi lze doporučit častější psychoterapeutickou práci s klienty, podporu jejich motivace v pokračování v substituční léčbě a do léčby vnést řád a kontrolu dodržování stanovených podmínek. U terénních programů by bylo zapotřebí změnit způsob edukace klientů v oblasti bezpečného užívání. Nutné je rovněž zlepšit edukaci v oblasti informovanosti uživatelů o své droze. Nabádat je k opatrnosti v manipulaci s tabletou, k pochopení složení tablety a uvědomění si, co vlastně způsobuje tak závažné komplikace.

9. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla rozdělená do dvou částí – teoretické a praktické. V teoretické části práce byly popsány opioidy a buprenorfin, jejich charakteristika, účinky a syndrom z odnětí drogy. Dále byla nastíněna historie zavedení buprenorfinu na trh v ČR a jeho zneužívání v posledních letech. Definována byla substituční léčba buprenorfinem a byly rovněž popsány přípravky obsahující buprenorfin.

V praktické části byly vymezené cíle výzkumu, metodologie a výsledky výzkumu. Cílem práce bylo popsat vzorce užívání buprenorfinu u klientů TP Sananim. Důraz byl kladen především na četnost užívání, denní spotřebu buprenorfinu a popis zaběhnutých vzorců chování uživatelů, od zakoupení až po metody aplikace tohoto léku. Dále se zkoumalo subjektivní vnímání somatických komplikací uživatelů a četnost užívání dalších nelegálních látek. Ke sběru dat byl použit semistrukturovaný dotazník, který za asistence výzkumníka vyplňovali klienti TP Sananim. Následně se používala deskriptivní statistika a pro upřesnění byly výsledky doplněny výpověďmi klientů. Otevřené otázky byly vyhodnocovány dle postupů metody zakotvené teorie.

Ve výsledcích práce se popisovaly vzorce užívání buprenorfinu u klientů TP Sananim. Průměrná denní dávka byla 3 mg buprenorfinu a uživatel si ji aplikoval přibližně 3 krát za den. 71 % respondentů si byla vědoma rizika injekční aplikace rozpuštěných tablet, ale pouze třetina výzkumného souboru používala filtry nebo alkoholové tampóny. Všichni respondenti aplikovali buprenorfinové přípravky injekčně. Tabletů si nejčastěji zakoupili na černém trhu (39 %), nebo zakoupili legálně na předpis svého lékaře (29 %). Nejčastější zdravotní komplikace respondentů bylo neprůchodnost cév (70 %), otoky (36 %) a brnění rukou (25 %). Polyvalentně užívalo drogy 82 % respondentů a nejvíce se užíval pervitin (89 %).

Výsledky byly následně diskutovány a porovnávány se zahraničními studiemi, z čehož vyplývá, že se v ČR buprenorfin zneužívá ve velmi malém množství, ale poměrně rizikovým způsobem. Dále byla také udělena doporučení pro klinickou praxi. Autorka se domnívá, že by byla vhodná jiná metoda edukace klientů terénních programů, se zaměřením na složení tablety a manipulaci s ní během nákupu a aplikace.

Buprenorfin je v současné době nejpopulárnější drogou opiátového typu na české drogové scéně. A protože je problematika zneužívání buprenorfinu mezi odbornou veřejností poměrně opomíjená, autorka doufá, že touto prací podnítl diskusi o zneužívání buprenorfinu v České republice a v malé míře tak přispěje v boji proti zneužívání tohoto léku.

10. POUŽITÁ LITERATURA

1. ALHO, H., SINCLAIR, D., VUORI, E., HOLOPAINEN, A. (2006). Abuse liability of buprenorphine–naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2007 (88) p. 75–78.
2. BAZAZI, A., YOKELL, M., FU, J.J., RICH, J.D., ZALLER, N. D. (2011). *Illicit Use of Buprenorphine/Naloxone Among Injecting and Noninjecting Opioid Users*. American Society of Addiction Medicine 2011 (5), p. 175–180.
3. BEČKA, J. (2013). *Nepublikované přednášky z předmětu Systém péče II – substituční léčba*. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF UK.
4. EMCDDA (2014). *Evropská zpráva o drogách: Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
5. GROLMUSOVÁ, L., MRAVČÍK, V. (2013). *Zaostřeno na drogy 8* (prosinec 2013). Praha: Úřad vlády České republiky.
6. HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
7. HERZOG, A. (2010). *Buprenorfinová saga pohledem terénních programů SANANIM*. www.edekontaminace.cz [online]. Přístup dne 20. 6. 2014, z <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/329/buprenorfinova-saga-v-Cr.html>
8. HERZOG, A. (2014). *Trendy v oblasti Harm Reduction*. Purkyňka 2014. www.edekontaminace.cz [online]. Přístup dne 24.6. 2014, z <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/403/prezentace-z-purkyanky-2014.html?warning=kill>.
9. KALINA, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia Nova.
10. KALINA, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
11. Kol. autorů (2013). *Standardy odborné způsobilosti*. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. www.vlada.cz [online]. Přístup dne 24.6. 2014, http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/STANDARDY_OBECNE_rvkpp_20130114.pdf
12. Kol. autorů (2008). *Standardy substituční léčby*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 3. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
13. Kol. autorů (2012). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

14. MINAŘÍK, J. (2003). *Opioidy a opiáty*. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
15. MINAŘÍK, J. (2008). *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
16. MINAŘÍK, J. (2009). Subutex (buprenorfin). www.drogovaporadna.cz [online]. Přístup dne 16. 6. 2014, [http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;- \(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;- (buprenorfin).html).
17. MINAŘÍK, J. (2011). *Cesty Subutexu k injekční aplikaci*. AT- konference 2011. www.at-konference.cz [online]. Přístup dne 10. 6. 2014, <http://www.at-konference.cz/archiv/rocnik-2011/>
18. MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
19. MRAVČÍK, V. (2009). *Standardy substituční léčby závislosti na opioidech*. Psychiatrie pro praxi 10 (1) (Suppl. A). Březsko-Konice: Solen.
20. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ K., NEČAS V., GROLMUSOVÁ L., KIŠŠOVÁ L., ZECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky.
21. MRAVČÍK, V., KORČISOVÁ, B., LEJČKOVÁ, P., MIOVSKÁ, L., ŠKRDLANTOVÁ, E., PETROŠ, O., RADIMECKÝ, J., SKLENÁŘ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J. (2004). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky.
22. MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., ŠTASTNÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., BĚLÁČKOVÁ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky.
23. NEDVĚD, T. (2004). *Subutex: lék nebo fet?* Dekontaminace 2004 (1). Praha
24. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. (2006). *Zneužívání buprenorfinu se stává v České republice problémem*. Časopis lékařů českých 2006 (1), p. 59 – 60.
25. POPOV, P. (2008). *Substituční léčba závislosti na opioidech*. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
26. POPOV, P. (2009). *Standardy substituční léčby závislosti na opioidech*. Psychiatrie pro praxi 10 (1) (Suppl. A). Březsko-Konice: Solen.
27. Pracovní skupina harm reduction PK RHMP (2012). *Subutexová krize*. Praha

28. Příbalová informace: informace pro uživatele (2011). *Subutex 2 mg*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv
29. Příbalová informace: informace pro uživatele (2011). *Subutex 8 mg*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv
30. RANDÁK, D. (2005). *Substituční léčba Subutexem. Výzkum charakteristiky a kvality života uživatelů léčby Subutexem*. Nepublikovaná atestační práce. Kralupy nad Vltavou
31. SANANIM z. ú. (2007). *Terénní programy*. www.sananim.cz [online]. Přístup dne 4. 7. 2014, z [http://sananim.cz/terenni-programy-\(tp\).html](http://sananim.cz/terenni-programy-(tp).html).
32. SCHERING-PLOUGH (2000). *Charakteristika přípravku Subutex – účinná látka pro substituci*. Česká republika.
33. SKLENÁŘ, O. (2014). *Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR*. Nepublikovaná diplomová práce, Univerzita Karlova, Česká republika.
34. Souhrn údajů o přípravku (2011). *Ravata*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
35. Souhrn údajů o přípravku (2011). *Suboxone*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
36. Souhrn údajů o přípravku (2012). *Buprenorphine Actavis (transdermální náplast)*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
37. Souhrn údajů o přípravku (2012). *Buprenorphine Alkaloid*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
38. SÚKL (2014). *Detail léčivého přípravku Addnok 2 mg*. www.sukl.cz [online]. Přístup dne 29.6.2014, z <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?kod=0152097>.
39. VERSTER, A., BUNNING, E.(2007). *Buprenorfin - rozbor kritických otázek*. Praha: Úřad vlády České republiky.
40. Výroční zpráva za rok 2013 (2014). www.sananim.cz [online]. Přístup dne 10. 7. 2014, z <http://sananim.cz/vyrocní-zpravy/152/vyrocní-zprava-za-rok-2013.html>

11. PŘÍLOHY

11.1. Příloha 1: Semistrukturovaný dotazník

Dobrý den,

jsem studentka oboru Adiktologie na 1. Lékařské fakultě UK, a v rámci výzkumu na téma „*Vzorce užívání buprenorfinu u klientů TP Sananim*“ bych Vás chtěla požádat o několik minut Vašeho času k vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní, a žádné informace nebudou poskytovány třetím stranám.

Nevyplňujte prosím, pokud jste již tento dotazník vyplňovali.

Děkuji za Vaši pomoc.

Jana Gluzová, studentka adiktologie

1. Pohlaví: 1.Ž 2.M

2. Věk: _____ let

3. Vzdělání (dokončené):

1 základní

2 vyučený/á, střední vzdělání bez maturity

3 střední s maturitou

4 vyšší odborné (VOŠ), pomaturitní nástavba

5 vysokoškolské (včetně bakalářského stupně)

4. Jak dlouho užíváte nelegální drogy? _____ let

5. Užíváte injekčně? 1.ANO 0.NE

Věk prvního injekčního užití? _____ let

6. Užil jste za poslední měsíc některou z těchto látek?

1. Subutex	1.ANO	0.NE
2. Suboxone	1.ANO	0.NE
3. Ravata	1.ANO	0.NE
4. Buprenorphine Alkaloid	1.ANO	0.NE
5. Buprenorphinové náplasti	1.ANO	0.NE
6. Addnok	1.ANO	0.NE

Pokud jste neužil žádnou z uvedených látek za poslední měsíc, děkujeme za účast, tímto dotazník končí.

7. Jak často tyto látky užíváte?

1. Několikrát denně _____ krát
2. Jednou denně
3. 2-3týdně
4. 1týdně
5. Méně než 3x měsíčně

8. Jakým způsobem jste si látku naposledy aplikoval?

1. intravenózně (do žíly)
2. injekčně do svalu
3. na kůži
4. pod kůži
5. šňupáním
6. rozpuštěním tablety pod jazyk
7. jinak _____

9. A) Popište co nejpodrobněji jakým způsobem aplikujete _____

B) Jaké je Vaše nejčastější místo vpichu (za poslední měsíc)?

1. předloktí
2. krk
3. třísla
4. ruce a nohy (hřbet a mezi prsty)
5. podpaží
6. jiné _____

10. Kde jste si naposledy látku aplikoval/a?

1. park (křoví, lavička,...)
2. veřejné záchodky
3. rozpadlé budovy
4. průchod domu
5. místo bydliště (byt, squat,...)
6. jiné _____

11. Kolik let buprenorphin užíváte? _____ let

12. A) Užíval/a jste před buprenorphinem jiný opioid? 1.ANO 0.NE

B) Pokud ano jaký? _____

13. Kolik mg denně jste spotřeboval/a (za poslední týden)? _____ mg

14. Kolikrát za týden nakoupíte tabletu nebo část tablety? _____ krát

15. Kdy, v průběhu dne, dávku užíváte?

1. ráno

2. odpoledne

3. večer

4. ráno a večer

5. jinak _____

16. Užijete tabletu vždy ihned po zakoupení? 1.ANO 0.NE

17. A) Užíváte za poslední měsíc stabilní dávku buprenorphinu na den?

1.ANO

0.NE

B) Pokud užíváte různé dávky, co toto kolísání způsobuje? _____

18. Jaké máte zdroje pro nákup tablet?

1. navštěvuji lékaře, léky si nakupuji jen pro sebe (na předpis)

2. navštěvuji lékaře, předpis vybírám se známými, dělíme se

3. známý navštěvuje lékaře, já nakupuji léky (dodám peníze na výběr)

4. nákup na černém trhu

5. jinak _____

19. Vnímáte získávání léčiv s buprenorphinem jako snadné? (Jak hodnotíte dostupnost látky?)

20. Jak tabletu uchováváte?

1. v blistru

2. v sáčku („dealeráku“)

3. v želatinových kapslích

4. v peněžence, kapsičce

5. ve stříkačce

6. jinak _____

21. Jaký vliv má cena na koupi množství Subutexu? (O víkendu stoupá cena, Kupujete za stálou cenu? Za kolik?)

22. Byl/a jste někdy v substitučním programu buprenorfinem?

1. ne
2. více jak před rokem
3. méně jak před rokem
4. ano, docházím tam (přejdi k ot. 24)

23. Chtěl/a byste? _____

24. Zaznamenal/a jste změny ve Vašem zdravotním stavu po přechodu na užívání buprenorfinu?

25. Kdo byl naposledy (za poslední měsíc) u aplikace přítomný?

1. partner
2. známý
3. nikdo
4. někdo jiný _____

26. Změnilo se něco ve Vašem osobním životě s přechodem na užívání buprenorfinu? (sociální oblast, psychická rovina, rodinné vztahy atd.) _____

27. A) Užíváte (za poslední měsíc) kromě Subutexu některou z těchto drog? Jak často? (viz. četnost v ot. č.7)

1. heroin _____ četnost
2. pervitin _____ četnost
3. benzodiazepiny _____ četnost
4. alkohol _____ četnost
5. halucinogeny _____ četnost
6. konopné drogy _____ četnost
7. funky, nové drogy _____ četnost
8. jiná látka _____ četnost

B) Jakým způsobem jste si látku naposledy aplikoval? (viz. způsoby užití ot. 8)

28. Užíváte buprenorfin s nějakou látkou dohromady nebo těsně po sobě? 1.ANO
0.NE

29. Pokud ANO, s jakou? _____

30. Kolikrát denně perforujete kůži injekční aplikací (vpichů za den) ?